介護給付算定相談票

令和　　年　　月　　日

（あて先）　松本市長

事業所名

管理者名

|  |  |
| --- | --- |
| 介護支援専門員氏名 |  |
| 被保険者番号 |  | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 被保険者氏名 |  |
| 介護区分 | □ 要介護１　　　　□ 要介護２　　　　□ 要介護３　　　　□ 要介護４□ 要介護５　　　　□ 申請中で要介護の見込み（要介護：　　　　　） |
| 被保険者住所 | 松本市 |
| 世帯状況 | □ 独居　　□ 同居家族あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 相 談 内 容 | □ | ①同居家族がいる場合の生活援助サービス希望する援助の内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ | ②院内の介助希望する援助の内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ | ➂散歩の同行 |
| □ | ④有効期間の半数を超える短期入所サービスの利用 |
| □ | ⑤モニタリングができない特段の事情 |
| □ | ⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 添 付 資 料 | □ 利用者に係る居宅サービス計画書（1表から３表）□ 相談内容の検討過程が分かるサービス担当者会議の要点□ 生活援助整理シート　※①の場合のみ添付□ 前３カ月分の利用票・利用票別表　※④の場合のみ添付□ 支援経過記録　※④、⑤の場合のみ添付□ その他必要書類 |
| 本人の心身状況家族の状況 | ※添付資料では不足する情報など、必要があれば記載してください。 |