

令和 年 月 日

御所市長 様

事業所名
事業所住所
担当介護支援専門員氏名

生活援助単位算定届出書（同居家族等のやむを得ない事情）

被保険者番号																				
フリガナ												生年月日	大	・	昭	年	月	日		
被保険者 氏 名												性別	男	・	女	要介護度				
被保険者 住 所												認定有効 期間	令和 年 月 日から							
													令和 年 月 日まで							
同居家族	氏名											続柄	生年月日				年齢			
	1)																			
	2)																			
	3)																			
	4)																			
同居家族の状況 (やむを得ない事情)																				
サービス内容・回数・時間																				
● 掃除																				
● 洗濯																				
● 買物																				
● 調理																				
● その他																				
見直し年月日	令和 年 月 日																			

* 添付資料

(要介護の場合) 届出書1枚・診断書等・アセスメント・ケアプラン(第1表・第2表)・サービス担当者会議の内容
週間サービス計画書・サービス利用票及び別表・訪問介護サービス計画書

(要支援の場合) 届出書1枚・診断書等・介護予防サービス支援計画書・サービス担当者会議の内容
サービス利用票及び別表・訪問介護サービス計画書

診 断 書

住所

氏名

男・女

生年月日

傷病名 1) 発症年月日(S・H 年 月 日頃)

2) 発症年月日(S・H 年 月 日頃)

3) 発症年月日(S・H 年 月 日頃)

上記、 で通院加療中の為、現状では家事を行うことが困難です。

* 文中の通院加療中の前の部分は、上記の傷病名の番号をご記入ください。

上記のとおり、診断致します。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

雇用証明書

1 氏名・生年月日

氏名

生年月日

昭和

年

月

日

平成

2 勤務先の名称

3 所在地

4 雇用開始年月日

昭和

平成

令和

年

月

日

5 1日の勤務時間

平日 (_____ 時から _____ 時まで _____ 時間)

土曜日 (_____ 時から _____ 時まで _____ 時間)

日曜日 (_____ 時から _____ 時まで _____ 時間)

6 1月の勤務日数

_____ 日間 (うち土曜日 _____ 日間・日曜日 _____ 日間)

上記の者にかかる雇用状況について証明いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

証明者 所在地

事業所名

代表者名

電話番号 (_____) - (_____) - (_____)

印

