

生活援助単位算定届出書

日中独居

障害者総合支援法に基づく居宅介護の支給決定者との同居

18歳未満の子供のみの同居

被保険者番号	0 0 0	生年月日	明・大・昭 年 月 日
フリガナ		性別	男 ・ 女
被保険者氏名		要介護度等	
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		

	続柄	年齢	勤務等の状況
同居家族			
同居家族の状況等			

サービス内容・回数・時間と本人(家族)の希望
◆利用者に関わる洗濯
◆利用者に関わる調理
◆利用者に関わる買い物
◆利用者が使用する居室等の掃除
◆その他

居宅介護支援事業者 又は介護予防支援事業者	担	
事業所の所在地	〒 -	電話 ()
※委託包括名 <small>(委託の場合のみ)</small>		

◆添付資料： 届出書・アセスメント・ケアプラン(第1表～第3表)・サービス担当者会議の要点・サービス利用票・別表・訪問介護サービス計画書
 ※家族構成や家族の状況、サービス利用内容に変更が生じた場合は再度届出をしてください。

奈良市確認欄

◆市記入欄