|  |
| --- |
| 給付調整理由書（介護併給用） |
| 記入日　　年　　月　　日 |
| １．理由書を作成した方 |
| 氏名 | 　 | 本人との関係 | 　 |
| 事業所名 | 　 | 連絡先 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |
| ２．本人の状況 |
| 氏　　名 | 　 | 生年月日 | （　　　歳） |
| 障がいの種類・程度 | □身体□知的□精神□難病等 | 　 |
| 現在の要介護度 | 要介護度 | 　 | 前回の要介護度 | 要介護度 | 　 |
| 認定有効期間 | 　 | 認定有効期間 | 　 |
| その他の制度の利用状況 | 【その他の保健医療サービスや福祉サービス等】 |
| 　 |
| その他の心身の状況 | 【病気など日常生活に支障をきたしている状況等】 |
|  |
| 本人がおかれている環境 | 【生活の場や日中活動の場等】 |
| 　 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 家族構成・同居の有無 | 【本人との関係、性別、年齢、職業、同居の有無等】 |  |  |
| 　 |  |  |
| 　介護力の有無 | 【同居家族の心身の状態、就労状況、現在の介護状況等】 |  |

３．家族の状況４．給付調整が必要な理由 |
| 　 |
| ５．現在及び申請するサービス等の状況 |
| 　 | ①現在のサービス等の状況 | ②今後のサービス等の案 | 理由（①と②に差がある場合） |
| 介護保険 | 　 | 　 | 　 |
| 障害福祉サービス | 　 | 　 | 　 |
| その他 | 　 | 　 | 　 |
| ※サービスの種類と利用量がわかるように記載してください[例]　「身体介護（入浴介助）　1回1時間×週3回」など |