

ホームヘルパー派遣にかかる理由書

＜訪問介護・介護予防訪問介護・訪問型サービス用＞

小野市長 様

ホームヘルパーの家事援助派遣を下記理由により申請します。

年 月 日

申請者 住所 小野市 町 番地 居宅介護支援事業所
 氏名 [事業所名 :
 電話 () - [担当者 :

被保険者番号				該当する区分に○を入れてください
ふりがな 被保険者氏名	事業対象者		要支援 1・2	
	要介護 1・2・3・4・5			
生 年 月 日	大正・昭和	年	月	日
住 所	小野市	町	番地	電話 () -
		氏 名	生 年 月 日	性 別
世帯 構 成	世帯主		大正・昭和	年 月 日 男・女
	世帯員		大正・昭和	年 月 日 男・女
	世帯員		大正・昭和	年 月 日 男・女
派遣希望理由 該当理由を○で囲んでください				
1 同居家族の状況（疾病・障害・高齢者夫婦）により援助が受けられない。				
2 その他 ()				
家事援助希望内容・回数・時間 () 上記の理由をより具体的かつ簡潔に記載してください。				
※ 欄が不足する場合は、裏面を使用してください。				

※ ただし、小野市介護予防・日常生活支援総合事業における家事援助型訪問サービスの『買物支援』が必要な場合は、別途、『小野市介護予防・日常生活支援総合事業「家事援助型訪問サービス」にかかる買物支援を要する理由書』の提出が必要です。

＜承認欄＞※市記入欄

上記状況を判断した結果、 (承認 / 不承認) します。

※ 不承認の場合の理由 ()

年 月 日

様

小野市市民福祉部高齢介護課長

裏面あり

<追加記載欄>

家事援助が必要な利用者に対する各理由書の考え方

A・・・「ホームヘルパー派遣にかかる理由書」 B・・・「買物支援を要する理由書」

ホームヘルパー			
		同居者あり	独居
要介護1～5	家事全般	同居者がいる場合は認められない。 ただし、やむを得ない理由がある場合 ⇒Aが必要	家事援助全般が認められる。 ⇒A、Bは不要
事業対象者 要支援1・2	調理・買物	同居者がいる場合は認められない。 ただし、やむを得ない理由がある場合 ◎調理のみ希望する場合 ⇒Aが必要 ◎買物のみ希望する場合 ⇒Bが必要 ◎調理及び買物を希望する場合 ⇒A、Bが必要	調理が認められる。必要により、買物が認められる。 ◎調理を希望する場合 ⇒A、Bは不要 ◎買物を希望する場合 ⇒Bが必要