要介護認定有効期間の半数を超えるショートステイ利用の届出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |
| 被保険者氏名 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭 年 月 日生 | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒 －電話番号（ ） － |
| 要介護状態区分 | 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 |
| 認定有効期間 | 　　　　　　　　年 月 日 から 年 月 日まで |
| ショートステイ利用施設 | 名称 |   | 名称 |   |
| 事業所番号 |   | 事業所番号 |   |
| 利用日数 | 日／月 程度 | 利用日数 | 日／月 程度 |
| 認定有効期間の半数を超える理由※いずれかに○ | １ 被保険者の心身状況（認知症等）から、通常の在宅サービスでは不十分であるため。 ２ 介護者の高齢・疾病等により、通常の在宅サービスでは不十分であるため。 ３ 施設入所が適当であるが、 現在、 入所待ちであるため。  ※申込日： 年 月 日 施設名称： ４その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  |
| 瑞浪市長 様上記のとおり、 要介護認定有効期間の概ね半数を超えて、 ショートステイ （短期入所生活介護又は短期入所療養介護） の利用が見込まれるため、 関係書類を添えて届け出ます。年　　　　月　　　　日　　　居宅介護支援事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所番号：介護支援専門員氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※添付書類チェ ック欄

□ 居宅サービス計画書（１）

□ 居宅サービス計画書（２）

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

【市処理欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 |
|   |   |  |   |

|  |
| --- |
| 受付印 |
|   |