

認定有効期間の半数を超える短期入所に関する申請書

年 月 日

大泉町長 様

(申請者) 氏

住 所

事業者名

氏 名

(ケアマネージャー)

電話番号

下記のとおり、認定有効期間の半数を超える短期入所に関する承認を受けたいので申請します。

フリガナ													
被保険者氏名													
生年月日	明	・	大	・	昭	年	月	日	性 別	男 ・ 女			
住 所	〒 電話番号 () -												
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (ヶ月)												
要介護状態区分	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5						当月末までの 累積利用日数		日				
認定有効期間中の短期入所サービスの利用実績及び今後の利用予定													
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
利用日数													
利用累積日数													
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
利用日数													
利用累積日数													
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
利用日数													
利用累積日数													
申請理由 (本人・介護者の状況や利用の必要性、今後の計画などを具体的に記入してください)													
(利用者の施設入所申し込み状況)													
1. 現在、入所を申し込んでいる ア. 介護老人福祉施設 イ. 介護老人保健施設 ウ. 介護療養型医療施設 2. どこにも申し込んでいない 理由：													

- ・認定有効期間のおおむね半数を超えると見込まれる月の前月末までに提出してください。
- ・居宅サービス計画書の第1表～3表の写し・介護予防サービス・支援計画書(利用者の同意があるもの)・半数を超える月のサービス利用票(別表を含む)、サービス担当者会議の要点を添付してください。利用日数等がサービス利用票と一致しているか、ご確認をお願いします。