

認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の届出書

フリガナ	サクラ タロウ		被保険者番号									
被保険者氏名	佐倉 太郎		0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
生年月日	明・大・ 昭	○年 ○月 ○日(○歳)	性別		男 ・女							
住所	〒 ○○○-○○○○○ 佐倉市 ○○ 1-2-3		電話番号		043 (123) 4567							
要介護状態区分	要介護3	障害高齢者自立度	B2		認知高齢者自立度	Ⅲa						
認定有効期間	平成○年 ○月 ○日 から		令和○年 ○月 ○日									
利用施設名 利用期間 (開始から)	○○短期入所生活介護施設 平成○年○月○日～令和○年○月○日 ○○短期入所生活介護施設 令和○年○月○日～											
利用理由	1. 被保険者の心身状況(認知症等)から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、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、検討中もしくは現在入所待ちであるため 4. 現在と同程度短期入所を利用しながら在宅生活を維持 5. その他(具体的に) ※3. の申し込み(検討)施設及び申し込み日 ○○特別養護老人ホーム 平成○年○月 申し込み △△特別養護老人ホーム 平成○年○月 申し込み ○○老人福祉施設 令和○年○月 申し込み											
(宛先) 佐倉市長	上記の通り、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。 令和○年 ○月 ○日 居宅介護支援事業所名： ○○居宅介護支援事業所 事業所番号○○○○○○○ 介護支援専門員氏名 ○○ ○○○											

(注意) 半数を超えとなる見込みの一月前を目安に提出してください。
 確認結果の通知は行いませんが、内容の確認をさせていただく場合があります。

※添付書類チェック欄

居宅サービス計画 1～7表(モニタリング含)

介護保険課使用欄

結果
可・不可