

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				被保険者番号			
被保険者氏名							
生年月日	明・大・昭	年	月	日(歳)	性別	男・女	
住所	〒						
	電話番号 ()						
要介護状態区分		障害高齢者自立度		認知高齢者自立度			
認定有効期間	年 月 日 から			年 月 日			
利用施設名 利用期間 (開始から)							
利用理由	<ol style="list-style-type: none"> 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) <p>※3.の申し込み(検討)施設及び申し込み日</p>						
(宛先) 千葉県佐倉市長							
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>居宅介護支援事業所名： 事業所番号：</p> <p>介護支援専門員氏名： 電話番号：</p>							

(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