

短期入所サービス連続利用申出書

(認定有効期間のおおむね半数を超える利用)

年 月 日

阿蘇市長 様

このことについて、本書のとおり短期入所サービスの連続利用等について申出します。

申請者 (居宅サービス 計画等作成事業 所名等)	所在地 〒 _____ 名称 _____ 担当者氏名 _____ (電話番号 _____)	
被保険者番号	_____	生年月日 _____
被保険者氏名	_____	明大昭 _____ 年 月 日
住所	〒 _____ (電話番号 _____)	
認定有効期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日	要介護度 _____
該当事由	1 退所予定日において、被保険者の心身の状況が悪化しており、在宅に戻れる状況ではないと客観的に判断できる場合 2 退所予定日において、在宅に戻った場合に介護をする者が急病等で介護ができない場合 3 退所予定日において、戻るべき自宅が火災等の災害を受け、あるいは同居する家族の葬儀等があり、在宅に戻れる状態ではない場合	
利用者の心身の状況	_____ _____ _____ _____	
介護者の状況	_____ _____ _____ _____	
連続利用や認定期間の半数を超える利用が必要と判断した理由	_____ _____ _____ _____	
短期連続利用開始年月日	_____ 年 月 日 ~	短期入所施設名称 _____
保険者欄	受付	添付書類
		<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(1)、(2) <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援経過 <input type="checkbox"/> サービス利用票、別表