

# 短期入所サービス連続利用等申出書

(認定有効期間のおおむね半数を超える利用)

令和 年 月 日

(あて先) 大洲市長

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。

申出者 (居宅サービス 計画等作成 事業所名等)	〒 ー	
	所在地	担当者氏名
	名称	
	(電話番号	)
被保険者番号		生年月日
被保険者氏名 <small>(本人自署の場合は、押印省略可)</small>		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
住所	〒 ー (電話番号	
	)	
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	要介護度
該当理由	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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		
連続利用開始年月日	令和 年 月 日 ~	短期入所施設名称
保険者欄	受付	添付書類
		※ 認定有効期間のおおむね半数を超える利用申出時のみ添付 (30日を超える連続利用申出時は不要) <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 <input type="checkbox"/> 担当者会議録