

# 短期入所サービス利用日数超過申請書

平川市長様

認定有効期間の半数を超えて短期入所サービスの利用が必要なため、次のとおり申請します。

## ○対象者

|        |           |        |                     |
|--------|-----------|--------|---------------------|
| 被保険者番号 |           | 申請日    | 年 月 日               |
| フリガナ   |           | 生年月日   | (明治・大正・昭和)<br>年 月 日 |
| 被保険者氏名 |           | 性別     | 男 ・ 女               |
| 住所     | 〒<br>電話番号 |        |                     |
| 要介護度   |           | 認定有効期間 | 年 月 日から 年 月 日       |

## ○申請者(居宅介護支援事業所)

|                   |  |     |           |
|-------------------|--|-----|-----------|
| 居宅支援事業者           |  | 所在地 | 〒<br>電話番号 |
| 介護支援専門員<br>(担当者名) |  |     |           |

## ○認定有効期間の半数を超えて短期入所サービスの利用が必要な理由

(本人や家族の状況、生活環境等について、詳細に記入してください。)

(他介護サービスへの変更や施設入所の検討(申込の状況)等について、詳細に記入してください。)

## 【添付書類(写し)】

- ケアプラン第1表「居宅サービス計画書①」       ケアプラン第2表「居宅サービス計画書②」  
 ケアプラン第4表「サービス担当者会議の要点」       ケアプラン第5表「居宅介護支援経過」

## 【市確認欄】

|     |       |    |    |    |      |    |    |
|-----|-------|----|----|----|------|----|----|
| 受付日 | 処理欄   | 備考 | 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 |
|     | 年 月 日 |    |    |    |      |    |    |
|     | 許可・却下 |    |    |    |      |    |    |