短期入所サービス利用に係る届出書

（要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超える場合の届出書）

被保険者氏名				被保険者番号				
生 年 月 日	年　　月　　日				性　別			
要 介 護 度	要支援（ １ ・ ２ ）　　要介護（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ）							
認定有効期　間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日							
世帯構成等（※）	氏　名	年齢	続柄	生活の状況	氏　名	年齢	続柄	生活の状況
介護保険施設等への申込状況	有　・　無　　（有の場合：施設名　　）							
居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）の所在地及び名称								
利用（介護予防）サービス事業所の所在地及び名称								

※世帯構成（続柄は本人との、生活状況とは、職業・心身状況・介護状況等）

必要添付書類

①居宅（介護予防）サービス計画書（写し）⇒　直近に作成されたもの

②（介護予防）短期入所生活（療養）介護計画書（写し）⇒　直近に作成されたもの

③サービス利用票・サービス利用票別表（写し）

⇒　当該認定有効期間の開始月から認定有効期間のおおむね半数を超える利用月の前月まで

志摩市長　様

年　　月　　日

届出者　　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

居宅介護支援事業所

（介護予防支援事業所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

介護支援専門員名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超えなければならない理由
短期入所を長期間利用せざるを得ない状況を少しでも解決するための方策についての検討状況