

## 短期入所認定有効期間の半数超過利用申出書

平成 年 月 日

小 山 市 長 様

次のとおり、認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所の利用について  
申し出いたします。

### <申出者>

事業所名	⑨ 担当者：
所在地	
電話番号	— —

### <被保険者>

被保険者番号				生 年 月 日						
氏 名			明 大 昭	年	月	日				
住 所	〒	—	電話番号： — —							
認定有効期間	平成	年	月	日	～ 平成	年	月	日	要介護度	

### <該当事由>

1	認知症であること等で、同居の家族等による介護が困難と判断できる場合
2	同居の家族等が高齢、疾病等にあり在宅で十分な介護が困難と判断できる場合
3	その他市長が認める場合 (事前に地域包括ケア推進課にご相談ください)

### <短期入所連続利用日・施設>

利用開始日	平成	年	月	日	超過予定日	平成	年	月	日
利用施設名									

### <施設等申込状況>

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等への申込先を記入してください
-----------------------------------

添付書類：短期入所超過利用理由書、居宅サービス計画書１・２、サービス利用票