

短期入所認定有効期間の半数超過利用申出書

令和 年 月 日

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	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		大 昭 平	年 月 日
住 所	〒 - - 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 (事前に高齢生きがい課にご相談ください)

<短期入所利用開始日・超過予定日・施設>

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

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