

短期入所認定有効期間の半数超過利用申出書

様式第2号

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)

<本人・介護者の状況、利用の必要性の詳細>

--	--

<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			

添付書類：居宅サービス計画書1・2、サービス利用票