

年 月 日

介護保険 短期入所連続利用等申請書

上三川町長 様

居宅支援事業者 番号
名称
介護支援専門員 氏名

印

下記のとおり、短期入所（30日超過連続利用・認定有効期間の半数超過利用）の承認について申請します。

被保険者氏名		被保険者番号	
住所			
要介護等認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (要介護度：) (認定有効期間の合計日数： 日間)		
利用申請期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※30日超過又は半数超過の初利用日～終了予定日を記入		
該当事由	1. 退所予定日において、被保険者の心身の状況が悪化しており、在宅に戻れる状況ではないと客観的に判断できる場合。 2. 退所予定日において、在宅に戻った場合に介護をする者が急病等で介護が出来ない場合。 3. 退所予定日において、戻るべき自宅が火災等の災害を受け、あるいは同居する家族の葬儀等があり、在宅に戻れる状態ではない場合。		
認定有効期間の半数を超える理由 (※2) (別添可)			
施設入所申込状況	1. 介護老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. その他施設 () 5. 申込していない		
添付書類	計画書 第1・2・4・6表		

確 認 書

上記の者に対する短期入所サービスの利用について適切・不適切であることを確認しました。
年 月 日

上三川町長 星野 光利

<注意事項>

- ※1. この用紙は短期入所の利用日数が30日を超過する、または有効期間の半数を超えると見込まれる月に上三川町健康福祉課へ提出して下さい。有効期間内で引き続き利用する場合は利用月毎に提出して下さい。
- ※2. 理由を具体的に記載して下さい（利用者・介護者の状況、継続利用の必要性、16日以上利用した月の理由等）。書類を別に添付する場合は「別紙参照」と記載して下さい。