

要介護認定の有効期間の半数を超える短期入所サービスの利用に係る申出書

年 月 日

川西町長 殿

下記のとおり、要介護認定の有効期間の半数を超えて短期入所サービスを利用することを申し出ます。

指定居宅介護支援事業所等番号	
指定居宅介護支援事業所等名	
居宅介護支援専門員等氏名	
事業所所在地	〒 電話番号 ()

フリガナ		被保険者番号
被保険者氏名		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	
住所	〒 電話番号 ()	
要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5	
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日	
短期入所が必要な理由等		
短期入所利用日数等	既に利用した日数 日 今後の利用予定日数 日	

<添付書類>

- ① 居宅サービス計画書又は、介護予防サービス・支援計画書
- ② サービス担当者会議の要点

被保険者確認欄	
---------	--