

# 短期入所サービスの要介護認定等有効期間の半数を超える利用に係る申出書

年 月 日

川西町長 様

私は、下記の被保険者が要介護認定等有効期間の半数を超えて短期入所生活介護及び短期入所療養介護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	
---------	--