**要介護認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用に関する申出書**

年　　　月　　　日

四国中央市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 担当介護支援専門員氏名 |  |
| 連絡先 | ☎ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 住所 | 〒 |
| （フリガナ） |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 性別 | 男　・　女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 要介護度 | 要支援 1 2 | 要介護 1 2 3 4 5 | 認定有効期間 | 年　　月　　日 |
| 利用者の状況 | （身体状況、生活状況、家族の介護協力など具体的に） |
|  |
| ケアプラン期間中の短期入所サービス利用日数(見込) | 利用年月 |  |  |  |  |  |  |
| 利用日数 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 利用年月 |  |  |  |  |  |  |
| 利用日数 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 短期入所サービス利用日数合計 | 日 | 現在利用中の施設名 |  |
| 認定有効期間の半数を超える理由 | (本人・家族の意向、検討したサービスなどを含め具体的に) |
|  |
| 今度の方針 | □現在、入所を申し込んでいる（施設名、入所の順位等の状況） |
| □その他 |

【注意事項】

* ケアプラン期間の半数を超える利用を計画したときに提出してください。
* 記入欄が不足する場合は別紙等に必要な事項を記入し添付してください。