

短期入所サービス要介護認定有効期間半数超え利用承認申請書

フリガナ					被 保 険 者 番 号													
被保険者氏名																		
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女													
住 所	〒 - 電話番号 () -																	
要介護認定等	認定申請中	申請日 : 年 月 日 (新規のみ)																
	認定済	要支援 1・2				要介護 1・2・3・4・5												
		有効期間 : 年 月 日から 年 月 日まで																
申請理由 <small>(該当するものに○をつける)</small>	1 利用者が認知症であること等により同居家族等の介護が困難なため 2 同居家族等が高齢・疾病等により、十分な介護ができないため 3 その他 理由： ()																	
世帯構成 (本人含む)	氏 名		年齢	本人との関係	生活の状況 (職業・心身状況・入所申込先等)													
	世帯主																	
	世帯員																	
砥部町長 様 上記のとおり認定有効期間の半数を超えて短期入所サービスを利用する承認申請をします。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> [申請者] 居宅介護支援事業者 <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">事業者番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 住 所 名 称 電話番号 () - <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 介護支援専門員 氏 名 印 </div>									事業者番号									
事業者番号																		

短期入所サービス利用にあたって

- ① 短期入所サービス利用日数合計が、連続して30日を超えないこと。
- ② ケアプランに記載していない保険給付対象の償還払い分のサービス利用がないこと。
- ③ ①の上限を超える場合は、当該超過分について全額自己負担すること。

[被保険者同意欄]

短期入所の認定有効期間半数超え利用について上記の3項目を守り、利用することを同意します。

被保険者氏名	印
--------	---

