**短期入所サービス利用日数超過申請書**

朝来市長　様

認定有効期間の半数を超えて短期入所サービスの利用が必要なため次のとおり申請します。

○申請者（居宅介護支援事業所）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 居宅介護支援事業所 |  | 住　所 | 〒  電話番号　　　　（　　） |
| 介護支援専門員  主任介護支援専門員（管理者） |  |

○対象者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | | 申　請　日 | 年　　月　　日 |
| フ　 リ　 ガ 　ナ |  | | 性　別 | 男　　・　女 |
| 被保険者氏名 |  | | 生年月日 | （明治・大正・昭和）  　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　　　所 | 〒    　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　） | | | |
| 要 介 護 度 |  | 認　　定  有効期間 | 年　　　月　　　日　から  　　　年　　　月　　　日 | |

○認定有効期間の半数を超えて短期入所サービスの利用が必要な理由

|  |
| --- |
| （本人の状況・家族の状況） |

|  |
| --- |
| （介護支援専門員の所見・今後の方針） |

○添付書類（写し）

|  |
| --- |
| □ケアプラン「居宅サービス計画書①」　　　　□ケアプラン「居宅サービス計画書②」  　□情報提供書（フェイスシート） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 処理欄 | 備考 | 決  裁 | 部長 | 課長 | 課長補佐 | 課長補佐 | 係員 |
|  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |
|  |

【市確認欄】