要介護認定有効期間の半数を超える短期入所サービスの利用に関する理由書

 年 月 日

（あて先）藤岡市長

（申請者）住 所

 事業所名

 電話番号

介護支援専門員

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者氏名  |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭 年 月 日 | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | 藤岡市TEL （ ） － |
| 認 定 有 効 期 間 |  年 月 日 ～ 年 月 日 |
| 要 介 護 度 | 要介護１ ・ 要介護２ ・ 要介護３ ・ 要介護４ ・ 要介護５ |
| 利 用 施 設 名 |  |
| 認定有効期間中の短期入所サービスの利用実績及び今後の利用予定 |
| 利用月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 利用日数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 累積利用日数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 利用日数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 累積利用日数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者の世帯構成 家族と同居 ・ 夫婦世帯 ・ ひとり暮らしその他（ ） |
| 有効期間の半数を超える利用を必要とする理由 |
|  |
|  |
|  |
| 施設入所申し込み状況１．現在入所を申し込んでいるア．介護老人福祉施設 イ．介護老人保健施設 ウ．介護療養型医療施設 エ．その他申込中の施設名（　　　　　　　　　　　　　　）、最新申込日（　　年　　月　　日）２．申し込んでいない 理由： |

市使用欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供覧 要指示 | 市長 | 副市長 | 部長 | 副部長 | 課長 | 係長 | 担当 | 決裁 年 月 日 |
|  |  |  |  |  |  |  | 完結 年 月 日 |
| 保存 永・10・5・3・1 |
| 公開 ・ 非公開 | 開示 ・ 非開示 | 分類番号 ・ ・ |
|  |