

認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用届出書

フリガナ			被保険者番号											
被保険者氏名														
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女								
住所	〒					電話番号								
要介護状態区分	要介護状態区分	1	2	3	4	5								
	経過的要介護													
	要支援状態区分	1	2											
認定有効期間	年		月	日	から	年								
	年		月	日	まで									
利用予定の短期入所サービス事業所	番 号													
	名 称													
<p>会津若松市長 様</p> <p>上記の被保険者が介護保険要介護・要支援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ことを届け出します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto; padding: 5px;"> 事業所番号 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 2%;"> </td> <td style="width: 2%;"> </td> <td style="width: 2%;"> </td> <td style="width: 2%;"> </td> <td style="width: 2%;"> </td> <td style="width: 2%;"> </td> <td style="width: 2%;"> </td> <td style="width: 2%;"> </td> </tr> </table> </div> <p>[居宅介護支援事業者]</p> <p style="margin-left: 40px;">住 所</p> <p style="margin-left: 40px;">名 称</p> <p style="margin-left: 40px;">電話番号</p> <p style="margin-left: 40px;">介護支援専門員</p>														

- ※ 裏面に半数を超える利用の理由等を記入して下さい。
- ※ ケアプランの内容を添付して下さい。

(会津若松市確認欄)

課 長	G L	副担当	担 当

年 月 日

短期入所サービス利用が有効期間の半数を超える理由

【理由欄】

※ 短期入所サービス利用が有効期間の半数を超える理由（被保険者の状態・介護者の状況・施設入所への検討（予約）・他サービスへの変更等話し合いの経緯）を記載してください。