

介護保険短期入所連続利用等承認申請書

年 月 日

苫前町長 宛

申請者 事業所所在地  
 事業所名 印  
 担当者名 印  
 電話番号

次のとおり、短期入所30日超過連続利用・認定有効期間の半数超過利用の承認について申請します。

被保険者	住 所			
	氏 名			男・女
	要介護度		被保険者番号	
	利用申請期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
短期入所サービスの位置付け及び利用日数に関する本人・家族への説明				未・済
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、有料施設などの説明				未・済
在宅生活維持・復帰の可能性				無・有
現在利用しているサービス				
短期入所サービスを利用する理由（詳しく記入）				
施設等申込み状況（申込みをしている施設名等を記入）				
今後の支援の方向性				
必要に応じて地域包括支援センターが助言内容を記入				
苫前町地域包括支援センター 担当者氏名				印

- 備考1 申請理由については、「短期入所 30 日超過連続利用」又は「認定有効期間の半数超過利用」のいずれか一方を で囲んでください。双方の場合は、個別に提出してください。
- 2 「利用申請期間」は、認定有効期間内とします。次期認定有効期間及び変更認定後も利用する場合は、新たに申請書を提出してください。
  - 3 「短期入所サービスを利用する理由」は、超過して利用しなければならない理由をできる限り詳しく、具体的に記入してください。
  - 4 この申請書には、基本情報、アセスメント及び居宅サービス計画書（第1～3表）（要支援者の場合は、介護予防サービス・支援計画書）並びにサービス担当者会議の要点（連続利用又は超過利用することについての内容が記載されているもの）を添付してください。