**要介護認定有効期間の半数を超える短期入所利用申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被　　保険者 | フ　リ　ガ　ナ |  | 被　保　険　者　番　号 |
| 氏　　　　　名 |  | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | Ｍ,T,S 年　　　 月　　 　日（　　　　歳） | 性　　　別 | 男　・　女 |
| 住　　　　　所 | 田原本町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　　－ |
| 要介護区分状態 | 　　　要介護　　１　・　２　・　３　・　４　・　５　 |
| 認定有効期間 | 平成 ・ 令和　　　年　　　月　　　日　　　～　　　平成 ・ 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 短　期　入　所利　用　日　数 | 　年　　月(実績・予定) | 日 | 　年　　月(実績・予定) | 日 | 　年　　月(実績・予定) | 日 | 　年　　月(実績・予定) | 日 | 合計　　　　　　　　　日 |
| 　年　　月(実績・予定) | 日 | 　年　　月(実績・予定) | 日 | 　年　　月(実績・予定) | 日 | 　年　　月(実績・予定) | 日 |
| 　年　　月(実績・予定) | 日 | 年　　月(実績・予定) | 日 | 年　　月(実績・予定) | 日 | 年　　月(実績・予定) | 日 |
| 介護支援専門員記入欄 | １、本人の状況 |  |
| ２、家族の状況 |  |
| ３、介護支援専門員の所見 | 　 |
| ４、その他（入所申込の有無など） |  |
| 田原本町健康福祉部長寿介護課　宛　　　上記被保険者について、短期入所生活介護及び短期入所療養介護サービス利用が、要介護認定有効期間の半数を超える利用となることの承認を申請します。令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印事業所住所・連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員氏名 |

※添付書類（各写し）：①アセスメントシート　②ケアプラン（第１、第２、第３表）

　③サービス担当者会議の記録（第４表）

|  |  |
| --- | --- |
| 受理印 | 町　　　回　　　答　　　欄 |
|  | 先の申請に基づく保険給付については、承認　・　不承認　と致します。承認期間　：　令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 |