**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 |  |
| 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　　　要支援状態区分　１　２ |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　から　　　　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 |  |
| 肝付町長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。 |
| 年　　　月　　　日 |
|  | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （居宅介護支援事業者） |
|  | 住所 |  |
| 名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 介護支援専門員 |  |

* 裏面に半数を超える利用の理由等を記入して下さい。短期入所サービス事業者の利用状況等も報告してください。
* 添付書類

居宅サービス計画書一式、サービス担当者会議の要点、直近のモニタリング表、利用票・利用票別表（有効期間の開始月から半数を超える月分）

|  |
| --- |
| （肝付町確認欄）認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用について理由届出書及び添付書類の内容を精査し、利用について確認しました。 |
| 年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名　 |

**【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・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。

**短期入所サービス利用状況（予定）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険利用月 | 区分支給限度基準日数内の短期入所サービス利用日数 | 利用日数合　計 | 介護保険利用月 | 区分支給限度基準日数内の短期入所サービス利用日数 | 利用日数合　計 |
| 月 | 日 | 日 | 月 | 日 | 日 |
| 月 | 日 | 日 | 月 | 日 | 日 |
| 月 | 日 | 日 | 月 | 日 | 日 |
| 月 | 日 | 日 | 月 | 日 | 日 |
| 月 | 日 | 日 | 月 | 日 | 日 |
| 月 | 日 | 日 | 月 | 日 | 日 |
| 月 | 日 | 日 | 月 | 日 | 日 |
| 月 | 日 | 日 | 月 | 日 | 日 |
| 月 | 日 | 日 | 月 | 日 | 日 |
| 月 | 日 | 日 | 月 | 日 | 日 |
| 月 | 日 | 日 | 月 | 日 | 日 |
| 月 | 日 | 日 | 月 | 日 | 日 |