

介護保険短期入所継続利用等確認申請書

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

居宅介護支援事業者名
所 在 地
事 業 所 連 絡 先
介護支援専門員名

このことについて、次のとおり認定有効期間の半数超過利用の確認について申請します。

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号												
生 年 月 日	年 月 日生 (歳)	性 別	男 ・ 女											
住 所														
要 介 護 状 態 区 分	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5													
要介護認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日													
半数越えとなる年月	年 月 頃													
①「特に必要と認められる場合」の該当項目 【該当に○】	1 被保険者本人が認知症等により、同居の家族等による介護が困難 2 同居の家族等が高齢、疾病等のため、介護することが困難 3 独居であり、短期入所サービスの利用なしでは生活が困難 4 自宅等が火災等の被害を受け、あるいは同居する家族に不測の事態が生じ、在宅に戻れる状態ではない													
②要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超える理由 (①を踏まえ、理由を具体的に記入)														
現在の状態が解消する見込み	☐ ある ⇒ (年 月 頃) ☐ ない ⇒ ☐ 施設入所 申込済 (施設名:) ☐ 施設入所 申し込みしていない (理由:)													

- 添付書類
- ・サービス担当者会議の記録(写し)
 - ・ケアプラン1表・2表(介護予防ケアプラン A、B、C)(写し)
 - ・その他必要とする書類

(注意)確認の結果通知は行いませんが、内容の確認をさせていただく場合があります。