

様式第1号(第5条関係)

介護保険短期入所連続利用等申請書

年 月 日

吉岡町長 様

(申請代行の指定居宅介護支援事業者)

居宅介護支援事業所名: 印

担当介護支援専門員:

短期入所 30 日超過連続利用

次のとおり、 の承認について申請します。

認定有効期間の半数超過利用

被 保 険 者	被保険者番号	1	0	3	4	5							
	フリガナ										男 女	生年月日	年 月 日
	氏 名												
	住 所	吉岡町											
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日											
	要介護状態												
連続利用等が特に必要である理由													
検討しているサービス	1. 施設入所待機中 2. その他												
添付書類	・居宅サービス計画書の写し ・サービス担当者会議の記録の写し 等												

備考

1. 短期入所サービスは、あらかじめ期間を定めて利用するものであり、認定有効期間のおおむね半数を超えないことが目安とされ、介護報酬では30日を連続算定日数の上限としています（30日を超えた連続利用は、全額利用者負担となります）。
2. この理由書は、短期入所サービス連続利用等が見込まれる時、事前に保険者へ提出してください。
3. 「連続利用等が特に必要である理由」については、具体的に記入してください。