

介護保険 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

(あて先) 各務原市長 (保険者番号 212134)

被保険者氏名		被保険者番号							
要介護状態区分		認定の有効期間							
要支援 1 2									
要介護 1 2 3 4 5	年 月 日 ~ 年 月 日								
短期入所を利用している施設名							施設入所申込		
							有 無		
(本人の状況、意向)									
(家族の状況、意向)									
(介護支援専門員の所見、今後の方針)									
<p>年 月 日</p> <p>上記の理由により要介護認定有効期間の半数を超える短期入所の利用が必要と認めます。</p> <p>指定居宅介護支援事業者 事業所名</p> <p style="padding-left: 200px;">住 所</p> <p style="padding-left: 200px;">電 話</p> <p style="padding-left: 200px;">担当介護支援専門員</p>									
<p>年 月 日</p> <p>要介護認定有効期間の半数を超える短期入所の利用を申請します。</p> <p>申請者(本人) 住所</p> <p style="padding-left: 200px;">氏名</p>									
<p>(添付書類)</p> <p>要介護…居宅サービス計画書 1表,2表,4表(ショートステイの必要性について議論したもの)</p> <p>要支援…介護予防 サービス支援計画書,サービス担当者会議の要点,支援・サービス評価表</p>									