

認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用に関する理由書

令和 年 月 日

有田市長 様

届出区分	
<input type="checkbox"/>	新規 (回)
<input type="checkbox"/>	区分変更 (回)
<input type="checkbox"/>	更新 (回)

事業所所在地

事業所名

管理者名

連絡先

担当介護支援専門員名

下記により、短期入所利用日数が介護認定有効期間のおおむね半数を超えるので、関係書類を添えて届出します。

フリガナ		生年月日													
被保険者氏名		被保険者番号													
利用事業所名															
認定有効期間	～													(計 日)	
要介護状態区分					障害高齢者自立度					認知症高齢者自立度					
家族状況 (主たる介護者に◎)	主	氏名	続柄	年齢	生活の状況(職業・介護の状況・心身の状況等)										
認定有効期間 内の利用実績	利用月														
	利用日数														
	利用月														
	利用日数														
	利用月														
	利用日数														
	利用日数累計(令和 年 月は予定日)														
短期入所利用が 「特に必要である」理由 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 認定調査項目における認知症高齢者の日常生活自立度が(Ⅲa Ⅲb Ⅳ M)の状態であり、同居の家族等による介護が困難な状態 <input type="checkbox"/> 同居の家族などが高齢、疾病等にあり在宅で十分な介護がうけられない <input type="checkbox"/> 自宅などが火災などの被害をうけ、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 <input type="checkbox"/> その他やむを得ない理由														
	1) 他の介護サービスでは対応困難な理由・状況がわかるように記載してください														
	2) 1)の状態が 解消する見込みが ある ⇒ 予定 年 月 頃 ない ⇒ 入所施設申込済(施設名:)														
	その他()														

有田市役所 記載欄	上記内容について確認しました。	受付印
<input type="checkbox"/> 半数超過利用を認めます。 <input type="checkbox"/> 半数超過利用は認められません。		
		令和 年 月 日