短期入所サービスの利用日数届出書

高萩市長　宛て　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 担当介護支援専門員氏名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  氏名 | ふりがな | 被保険者番号 |  |
|  | 生年月日 | M･T･S　　年　　月　　日(　　歳) |
| 要介護度 | 要支援　１・２　　　　要介護　１・２・３・４・５ | | |
| 認定期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 家族状況 | （･続柄―夫､妻､子ほか(年齢)　･家族の状況―同居・別居、心身、介護の状況等） | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 現在までのショートステイ利用日数  （認定期間開始日から届出日まで） | 累計日数　　　　　　日 | 今後の予定利用日数  （届出日翌日から認定期間終了日まで） | 日  （月　　　　回） |
| 利用するショートステイ事業所名 |  | | |
| 有効期間の半数を超えた利用が特に必要と認められる理由について(要介護者の状況､家族状況､今後の見通し等) | | | |
| 施設入所の申込み状況（施設名、申込年月日） | | | |
| 長期利用しないための検討内容（訪問介護の利用などの代替サービス等、利用者・家族等と検討した内容を記載） | | | |

**※居宅サービス計画書第５表（居宅介護支援経過）等モニタリング実施の記録を添付してください。**

※枠内に記入しきれない場合は、別紙添付してください。