

有効期間の半数を超える短期入所サービスの利用申出書

令和 年 月 日

戸田市 健康福祉部 健康長寿課長 様

居宅介護支援事業者

介護支援専門員名

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条第21項の規定に基づく短期入所サービス利用の目安について、利用者の心身の状況等を勘案した結果これを上回る居宅サービス計画への位置づけが必要なため、下記のとおり申し出ます。

記

被保険者番号			氏名		
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				
認定有効期間	年 月 日		～	年 月 日	
利用する短期入所事業所名					
前月までの利用日数	日 (内自費分 日)	当月の利用計画日数	日 (内自費分 日)	認定有効期間内の利用見込日数	日 (内自費分 日)
短期入所サービスを利用する理由(詳しく記入)					
施設等申し込み状況(申し込みをしている施設名等を記入)					
今後の支援の方向性					

<注意事項>

- ①この申出は、**認定有効期間ごと**に行ってください。
- ②支給限度基準額を超えて全額を自費で利用する場合も含め、**居宅サービス計画書は必ず添付し**、申出を行ってください。
- ③認定有効期間内の利用見込日数は、残りの有効期間内において利用する見込みの日数を記入してください。