

短期入所サービス特例承認願

(30日を超える連続利用) (認定期間の半数を超える利用)

平成 年 月 日

高根沢町長 様

居宅介護支援事業者

印

担当者名 :

TEL

下記のとおり短期入所サービスの特例を承認願います。

| | |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者 | 被保険者番号 : |
| | 氏名 : _____ 生年月日 : _____ |
| | 住所 : |
| | 要介護度 : _____ 認定期間 : _____ ~ |
| 申請の理由 | (該当の項目に○をつけて下さい) |
| | 1 被保険者の心身の状態が悪化しており、在宅に戻れる状態ではないと客観的に判断できる状態 2 在宅に戻った場合に、介護をする者が急病等で介護できない状態 3 戻るべき自宅が火災等の災害を受け、あるいは同居する家族の葬儀等があり、在宅に戻れない状態 |
| | (詳しい理由を記載して下さい) |
| | 被保険者の事情 |
| | 家族の事情 |
| | その他 |
| 現認定期間中の利用状況 | 現在までの利用実績 (サービス利用票を添付して下さい) |
| | 今後の利用予定 |