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）

令和　　年　　月　　日

　高根沢町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡

　　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 |