

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 :

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