

短期入所生活介護サービス利用事前承認申請書
(要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超える場合の申請書)

令和 年 月 日

紀北広域連合長 尾上 壽一 様

(申請代行の指定居宅介護支援事業者)

居宅介護支援事業所名

担当の介護支援専門員

被保険者の状況は、下記のとおりであるため、短期入所介護サービスの利用について承認をされたく申請します。

1. 対象者

被 保 険 者	氏名					被保険者番号						
	住所											
	生年月日	M	T	S	年	月	日	(歳)	性別	男	・	女
	要介護度			有効期間	年	月	日から	年	月	日まで		
	家族構成					介護者						

2. 短期入所生活介護サービスの利用状況(要介護認定等の有効期間内における利用状況)

利用状況(実績) : _____年__月__日 ~ _____年__月__日

利用状況の内訳

利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
累積日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日

利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
累積日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日

今後の短期入所利用計画 : 月 _____日程度の利用を予定

3. 今後も連続した利用を必要とする理由(在宅介護が困難な理由を明確に記入してください)

(利用者の身体の状態)
(家族の状況)

