

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)

(主治医の意見) 主治医: (病院)
(特別養護老人ホームまたは認知症対応型共同生活介護施設の入所申請の状況)
施設名: (入所申請日: 年 月 日)
(その他在宅介護が困難な理由)
上記についての本人または家族の承諾状況(有・無)

※その他参考資料がある場合は添付してください。

※平成27年度報酬改定により、連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所している場合、事業所は減算を行うこととなりました。その為、利用継続の旨を必ずサービス事業所に確認の上、当該特例書を提出していただくようお願い致します。