

第1号様式(第4条関係)

介護保険短期入所サービス特例利用適否確認申請書  
(短期入所利用日数が認定の有効期間のおおむね半数を超える場合の理由書)

フリガナ			被保険者番号																	
氏名																				
住所	〒 ー		電話番号																	
要介護状態等	要介護状態区分	要支援1・2	要介護	1・2・3・4・5																
	有効期間	年 月 日から 年 月 日																		
利用者の心身の状況(該当に○)	認知症症状	認知症症状 あり ・ 認知症症状 なし																		
	身体状況	寝たきり状態である ・ 寝たきり状態でない																		
主たる介護人等の状況及び疾病等(該当に○)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者は一人暮らし等で、介護者がいない。</li> <li>・利用者が認知症であること等により同居している家族等の介護が困難(具体的に )</li> <li>・同居の家族等が高齢、疾病等で十分な介護ができない。</li> <li>・その他(具体的に )</li> </ul>																			
施設入所希望の有無(該当に○)	施設入所申請中(待機中)である・申請していない ※																			
	※ 申請していない場合、なぜ特例利用が必要か理由を記入してください。																			
利用する介護保険施設名称(介護保険指定番号)	( )																			

添付書類 居宅介護サービス計画書標準様式第1表及び第2表

清須市長 様

上記理由により、被保険者の短期入所の特例利用について申請します。

年 月 日

居宅介護支援事業者 住 所

事業所名

(介護保険指定番号 )

居宅介護支援専門員 氏 名



電話番号