

短期入所サービス連続利用等申出書

◎提出内容についていずれかを○で囲んでください

- ・ 認定有効期間のおおむね半数を超える場合 ※半数を超える14日前までにご提出ください。
- ・ 30日を超える連続利用の場合 ※連続利用30日目を迎える前までにご提出ください。

◎共通記載項目

フリガナ		保険者番号	092106
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住 所	〒324- 電話番号 大田原市 ()		
要介護度	要支援 (1 2) ・ 要介護 (1 2 3 4 5)		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
利用する指定短期入所 サービス事業所名			
認定有効期間のおおむね半 数、又は30日を超えて連続 利用しなければならない理由 (被保険者・主介護者や家族の状 況、施設への入所申し込み状況など を含めて具体的に記入してくださ い。) ※記載欄が不足する場合は、別紙を ご用意ください。			

◎選択記載項目 ※下記の該当するいずれかの項目(場合)について記載してください。

・ 認定有効期間のおおむね半数を超える場合

これまでの利用合計日数	日	これからの利用予定日数	日
-------------	---	-------------	---

・ 30日を超える連続利用の場合

連続利用開始年月日	年 月 日	連続利用 予定日数	日
連続利用終了予定年月日	年 月 日		

大田原市長 様

短期入所サービスの利用について、上記のとおり申し出いたします。

年 月 日

申請者
居宅介護支援事業所名

介護支援専門員氏名