

## 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日目を向か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- 大田原市 電話番号 ( )		
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