

令和 年 月 日

短期入所サービス 認定有効期間の半数を超える者の申出書

柏原市健康福祉部高齢介護課長 様

事業所名 _____

介護支援専門員名 _____

(連絡先 _____)

次の利用者の居宅サービス計画を作成したところ、短期入所生活介護の利用日数が認定有効期間の半数を超えることになりましたので、申し出ます。

○利用者情報

被保険者番号	0	0	0	0						氏名	
生年月日	年			月	日	(歳)	要介護度				
住 所											
認定有効期間	～										

○利用者の心身の状況、介護状況

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※施設サービスの申込状況※

施設申込 (有 ・ 無)											
有の場合 申込施設種別 ()											
申込施設名 ()											

○短期入所サービスを必要とする理由

○今後の方針

※短期入所サービスの利用日数が認定有効期間の半数を超えることがわかるサービス利用票及び区分支給限度管理・利用者負担計算書（認定有効期間中の短期入所サービス利用の初回月から半数越えに至る月までの分）を添付してください。