

「認定有効期間の半数を超える短期入所利用の届出書」

能代市長 様

年 月 日

居宅介護（介護予防）支援事業所名	
事業所所在地	〒
電話番号	()
管理者氏名	
担当者氏名	

① 被保険者			
ふりがな		被保険者番号	
氏名		生年月日	明・大・昭 年月日 (歳)
住所	〒	電話番号	()
要介護度	要支援 1・2	要介護	1・2・3・4・5
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
家族構成	※該当を○で囲んでください。 独居 2人暮らし 3人暮らし その他		
② 有効期間のおおむね半数を超える利用が特に必要と思われる理由			
※本人・家族の心身の状況、生活状況、本人・家族の意向など詳細に記入してください。			

③ 短期入所サービスの利用状況														
※認定有効期間の開始以降、短期入所サービスを利用した月と利用実績日数を記入し、提出前日までの日数を合計してください。														
認定有効期間内の 利用実績	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	
	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	
	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	
これまでの利用日数の合計											※サービス利用状況表の日数を転記してください。		合計	日

④ 入所申し込み施設（申込年月）		※申込が継続されているか確認してください。	
1		2	
3		4	

⑤ 今後の支援の方向性		※番号を○で囲んでください。	
1	在宅での生活を検討している。		
2	現在、施設に入所を申込んでいる。		
3	今後、施設等への入所を検討する。		
4	その他 ()		

<添付資料> □居宅サービス計画書（第1表～4表）