別記様式（第６条第１項関係）（日本産業規格　Ａ４縦型）

介護保険短期入所サービス特例利用申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  | | | | | 被保険者氏名 | | | |  | | | | | |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | 性別 | | | 男　・　女 | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | | 要支援　１・２　　要介護 １・２・３・４・５ | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所利用施設名 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間中の利用日数  （理由書提出時点での実績と今後の計画を記入してください） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 月 | | 月 | 月 | 月 | 月 | | 月 | 月 | 月 | | 月 | 月 | | 月 | 月 |
| 日数 |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 累計 |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |
|  | 月 | | 月 | 月 | 月 | 月 | | 月 | 月 | 月 | | 月 | 月 | | 月 | 月 |
| 日数 |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 累計 |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 期間の半数を超えた利用を必要とする理由　※いずれかに〇をつけてください。  １　利用者が認知症であること等により、同居家族による介護が困難  ２　同居家族が高齢・疾病等により、居宅で十分な介護が受けられない  ３　一人暮らしにより、介護者がいない  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅での介護ができない具体的な理由（本人・家族の意向、状況等） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所以外のサービスの検討状況又は施設申込状況（施設名、時期） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今後の支援方針 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 伊豆の国市長　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  申請者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先  　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類　居宅サービス計画書１表、２表、４表（短期入所サービス利用の必要性について議論したもの）、５表（過去６か月間分）