

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○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）