第１号様式（第４条関係）

三島町介護保険認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用申請書

　　　年　　月　　日

三島町長　 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

申請者（指定居宅介護支援事業者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | | 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年 　月 　日 | | 要介護度 |  | |
| 認定有効期間 | 年　月　日　から　　年　月　日まで | | | | |
| 認定有効期間内の短期入所利用状況 | 年　月　日現在の短期入所利用日数の累計　日 | | | | |
| 居宅介護支援  事業所名 |  | 介護支援専門  氏　　　　名 | | |  |

※最新の居宅サービス計画書（介護予防サービス計画書）１から７表までを添付して下さい。

　但し、支援経過（５表）は最近の様子が分かる部分のみで結構です。

　短期入所サービスを認定有効期間の半数を超えて利用する理由

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

［保険者記入欄］

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認日 | 年　月　日 | 確認者氏名 |  |
|  | | | |