認定有効期間の半数を超える短期入所の利用状況確認書

提出者

事業所名			
介護支援専門員		連絡先	

被保険者

フリガナ		被保険者番号									
被保険者氏名											
生年月日	大正 ・ 昭和　　年　　月　　日										
住所	長野市										
要介護度	要支援　1　2　　要介護　1　2　3　4　5										
家族の状況	1．独居　　2．家族等と同居（誰と：　　）										
日常生活（主治医意見書転記）	認知症ランク（　　）　　日常生活自立度（　　）										
認定の有効期間	令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで										

短期入所の利用日数（利用票別票転記）	認定有効期間の日数計	認定有効期間中の利用開始年月	前月（　　月）までの利用日数	当月（　　月）の計画利用日数	累積利用日数
	日	令和　　年　　月	日	日	日

1　現在、入所を申し込んでいる。

ｱ．介護老人福祉施設　　ｲ．介護老人保健施設　　ｳ．介護療養型医療施設

ｴ．地域密着型介護老人福祉施設　　ｵ．その他（　　）

✤ｱ～ｴの申込施設名　①　　②　　③

2　どこにも申し込んでいない。（ 理由　　）

認定の有効期間の半数を超える理由	理由項目	チェック欄
	介護者がいない又は家族が対象者を介護できない状況にある。	
	他の施設入所又は病院への入院が困難である。	
	本人又は家族が施設入所を拒んでいる。	
	一時的に超えてしまうもの。（30日超を含む）	
	その他の理由	

上記のチェックがついた項目について、具体的な理由を記載してください。

提出時に必要なもの（上記認定有効期間の直近の原本をご持参ください。写しは不要です。）

・ケアプラン（第１表～第３表）
・サービス担当者会議の要点（第４表）
・サービス利用票・別表（第６表～第７表）

確認者	介護保険課受付印

（保険者備考欄）