平成　　年　　月　　日

**短期入所サービス連続利用等申出書**

常陸太田市長　様

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当介護支援専門員氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | 生 年 月 日 | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | 明治  大正　　年　　月　　日  昭和 | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | 〒　　-　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成　年　月　日～平成　年　月　日 | | | | | | | | | | | 要介護度 | | |  |
| 該当事由 | １　退所予定日において、被保険者の心身の状況が悪化しており、在宅に戻　れる状態ではないと客観的に判断できる場合 | | | | | | | | | | | | | | |
| ２　退所予定日において、在宅に戻った場合に介護する者が急病等で介護ができない場合 | | | | | | | | | | | | | | |
| ３　退所予定日において、戻るべき自宅が火災等の災害を受け、あるいは同　居する家族の葬儀等があり、在宅に戻れる状態ではない場合 | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の心身の状況 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護者の状況 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 連続利用や認定期間の半数を超える利用が必要とした理由 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 連続利用開始  年月日 | 平成　　年　　月　　日～ | | | | | | | | 短期入所  施設名称 | | | | |  | |
| 添付書類 | ※認定有効期間のおおむね半数を超える利用申出時のみ添付  □計画書（第1表）　□計画書（第2表）　□計画書（第4表）  □モニタリング表　□半数を超える計画月の利用票、利用票別表 | | | | | | | | | | | | | | |