

認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所に係る確認提出書

被保険者氏名		被保険者番号																	
住 所	電話番号																		
要介護度等		認定有効期間	年 月 日～		年 月 日														
短期入所の利用状況	提出月（ ____月）末までの利用日数累計： ____日																		
短期入所の利用が特に必要である理由（該当するものに○）	1 被保険者が問題行動を伴う認知症であり、同居の家族等による介護が困難であるため（直近の認定調査における認知症高齢者の日常生活自立度： ____）																		
	2 同居の家族等が次に掲げる事由により十分な介護ができないため ①高齢または幼少 ②身体障害または精神障害 ③疾病、怪我、妊娠・出産																		
	3 同居の家族等に複数の介護または看護を要する者がいることにより十分な介護ができないため																		
	4 単身世帯により在宅において十分な介護が受けられないため																		
	5 その他（ _____ ）																		
他の介護サービス等で対応できない理由	（施設入所申込：あり・なし）																		
<p>小川町長 あて</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所に係る確認提出書を提出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>事業所名 印 電話番号</p> <p>事業所所在地</p> <p>計画作成担当者</p>																			

添付書類

- 居宅サービス計画書第1表～第3表 または 介護予防サービス・支援計画書
- サービス担当者会議の要点
- 提出月の利用票・利用票別表
- 短期入所の利用が特に必要である理由が確認できるもの（アセスメント表等）

注意

認定有効期間ごとに利用超過月の前月に必ず提出してください。