様式第１号

**短期入所サービスの特別措置[認定期間の１／２を超える利用]届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 保険者番号 | |  | | | | | | ２ | | ８ | ２ | ２ | ８ | ５ |
| 被保険者氏名 |  | | | |
| 被保険者番号 | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | | | 性　別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | 〒  　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定等 | 要介護状態  区 分 | (申請中） | | 認定有効  期　間 | | 年　　月　　日  ～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所サービス利用日数 | 有効期間内の  利用計画日数 | | 日 | | | 認定有効期間の  １／２の日数 | | | | | /２　 日 | | | | | | | | |
| 加東市長　様  　　上記の被保険者が短期入所サービスの特別措置が必要ですので届け出します。  　　　　　　年　　月　　日  居宅介護支援事業者名称  住　所  名　称    代表者    担当介護支援専門員名  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**＊添付書類**「短期入所サービスの特別措置利用計画及び意見書」（様式第2号）、アセスメントシート、居宅介護サービス計画書（1～3表）、担当者会議の要点、居宅介護支援経過・モニタリング

＊有効期間の概ね半数を超える１カ月前に提出してください。

＊超過利用が必要と認めた場合は、本届出書の写しを返却します。

＊長期の短期入所は、他者の方の利用を妨げることになりますので、超過の必要性が特に認められない場合は、本届出書をお返しします。

＊必要に応じて、サービス利用中に居宅介護支援経過・モニタリング状況をヒヤリングする場合があります。

加東市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認年月日 |  | 受付印 |
| 年　　月　　日 |  |  |
|  |

様式第２号

短期入所サービスの特別措置利用計画及び意見書

1.短期入所サービスの特別措置利用計画書

被保険者名　　　　　　　　番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用月 | 認定期間の日数 | 特別措置による短期入所サービス利用及び計画日数 | 特別措置による短期入所サービス利用計画累計日数 | 指定サービス事業者名 |
| 認定有効期間初日から届出月までの利用日数 | 日 | 日 | 日 |  |
| 年 　月 | 日 | 日 | 日 |  |
| 年 　月 | 日 | 日 | 日 |  |
| 年 　月 | 日 | 日 | 日 |  |
| 年 　月 | 日 | 日 | 日 |  |
| 年 　月 | 日 | 日 | 日 |  |
| 年 　月 | 日 | 日 | 日 |  |
| 年 　月 | 日 | 日 | 日 |  |
| 年 　月 | 日 | 日 | 日 |  |
| 年 　月 | 日 | 日 | 日 |  |
| 年 　月 | 日 | 日 | 日 |  |
| 年 　月 | 日 | 日 | 日 |  |
| 年 　月 | 日 | 日 | 日 |  |
| 年 　月 | 日 | 日 | 日 |  |

※利用日数(保険給付の対象となる利用日数)が、認定期間の半数を超える1カ月前に提出してください。

２．居宅介護支援事業者介護支援専門員意見書

|  |
| --- |
| 【世帯構成員・利用者の心身の状況などにより、特に必要とする理由】 |

　　　年　　月　　日　　　担当介護支援専門員