短期入所サービス利用事前承認申請書

(要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超える場合の理由書)

令和　　　年　　　月　　　日

丸　森　町　長　様

(申請代行の指定居宅介護支援事業者)

居宅介護支援事業所名：

担当の介護支援専門員：

被保険者又は被保険者の世帯員の状況は、下記のとおりですので、短期入所サービスの利用を承認願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | ０ | ９ | | ０ | ０ | |  |  | |  | |  |  | |  | | | 被保険者氏名 | | | |  | | | | | |
| 住所 | 丸森町 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援（　　）　　　要介護（　　） | | | | | | | | | | | | | | | | 新規　　更新　　申請中（　　　月　　　日申請） | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間中の短期入所サービスの利用計画（実績） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用月 | 月 | | 月 | | | 月 | | | 月 | | | 月 | | 月 | | | | | 月 | | 月 | | 月 | 月 | 月 | 月 | 計 |
| 利用日数 |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 利用累積日数 |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 世帯構成等 | 氏名 | | | | | | | | | | 年齢 | | | | | 続柄 | | | | 生活の状況 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | | | |

※　世帯構成(続柄は本人との、生活状況とは、職業・心身状況・介護状況等)

※　その他参考資料がある場合は添付してください。

【添付書類】

　①サービス担当者会議録の写し

　②ケアプラン１表２表（介護予防ケアプラン（１），（２））の写し

　③被保険者のアセスメント用紙

　④（介護予防）週間サービス計画表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記により、認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用が必要な状況について、確認しました。 | 確認印 |  |
| **【今回確認の期限】　　　　　年　　　月　　　日** |
| 中止年月日：　　　　　　年　　　月　　　日  理由：  （連絡　　　　　　　　　年　　月　日） |

＊　確認したものには確認印が押してあります。