様式第１号（第５条関係）

特例短期入所サービス利用申請書

　　　　　　年　　月　　日

　　　　白浜町長　様

居宅介護支援事業所：

事業所所在地：

担当介護支援専門員：

特例短期入所サービスを利用したいので、必要書類を添付し、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |
| 性別 | 男　・　女 | | | 生　年　月　日 | | | | （　　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | □要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日常生活自立度 | □自立　　□Ⅰ　　□Ⅱa　　□Ⅱb　　□Ⅲa　　□Ⅲb　　□Ⅳ　　□Ｍ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　　　月　　　　日　～　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 特例短期入所利用日数　合計（　　　　　）日【おおむね半数（　　　　　）日】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利　用　月 | 月 | 月 | 月 | | 月 | 月 | 月 | | | 月 | | | 月 | | 月 | | | 月 | | 月 | | | 月 | |
| 利　用　日　数 | 日 | 日 | 日 | | 日 | 日 | 日 | | | 日 | | | 日 | | 日 | | | 日 | | 日 | | | 日 | |
| 該　当　事　由 | □認知症（介護保険認定調査票に記載された認知症高齢者の日常生活自立度がⅢa以上の状態をいう。）であること等により、同居している家族等の介護が困難な者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □同居している家族等が高齢、疾病であること等により、居宅において十分な介護を受けることができない者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申　請　理　由 | (身体・生活状況、サービス利用・介護状況、本人・家族の意向等を含め具体的に記載。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今 後 の 方 針 | □入所申込中　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　）申込年月（　　　　　　　）  　　　　　　　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　）申込年月（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □入所検討中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □在宅生活を継続 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※添付書類（居宅介護サービス計画書第１表、第２表及び第４表）