

令和 年 月 日

介護保険 短期入所連続利用等申請書

那珂川町長 様

居宅支援事業所 番号
名称
介護支援専門員 氏名

印

下記のとおり、短期入所（30日超過連続利用・認定有効期間の半数超過利用）の承認について申請します。

被保険者氏名		被保険者番号																		
住 所																				
要介護等認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日（要介護度： ） （認定有効期間の合計日数： 日間）																			
利用申請期間	年 月 日～ 年 月 日 ※30日超過又は半数超過の初利用日～終了予定日を記入																			
連続利用等が特に必要である理由（原因）																				
施設入所申込状況	1. 介護老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 介護医療院 4. その他施設（ ） 5. 申込していない																			
添付書類	計画書 第1・2・4・6表																			

確 認 書

上記の者に対する短期入所サービスの利用について適切・不適切であることを確認しました。

年 月 日

那珂川町長 福島 泰夫

備考

- この理由書は、短期入所サービス利用実績が半数超過若しくは連続30日超過すると見込まれる月に保険者へ提出してください。提出後、更に30日を超過する場合は、その都度申請書を提出してください。
- 「連続利用等が特に必要である理由」については、できる限り詳しく記入してください。
- 居宅サービス計画書第1・2・4・6表など、実施状況が把握できる書類を添付してください。