

介護保険 短期入所サービス(ショートステイ)利用日数超過届

湯浅町長 様

介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置づける場合は、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、これらのサービスの利用日数が要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超えることとならないようにしなければならぬとされていますが、次の理由により日数の超過を承認していただきたく届け出ます。

	届 出 日	年 月 日
介護支援専門員氏名		
居宅介護支援事業所 (所属機関)名		

被 保 険 者 番 号	0	0	0	0							
フリガナ											
氏 名											
住 所	湯浅町大字										
	生年月日	明治	大正	年	月	日	昭和				
	性 別	男 ・ 女									

介護支援専門員 記入欄(介護サービス計画を自己作成している方については、本人が記入してください)

要介護認定状況	要支援	・	要介護()				
有効期限	年	月	日	～	年	月	日
短期入所サービス(ショートステイ)利用日数の超過が必要な理由ならびに日数・期間と利用する施設名							
理由							
日数・期間							
利用する施設							
本人並びに家族と検討した利用日数を超過しない方法							

※利用は、短期入所サービス(ショートステイ)利用日数超過了承通知書を受けた後から利用してください。

町審査欄	承認	不承認
------	----	-----