|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課長 | 班長 | 班員 |
|  |  |  |

**認定有効期間の半数を超える短期入所利用の届出書**

男鹿市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護（介護予防）支援事業所名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |

|  |
| --- |
| **①　被保険者** |
| ふりがな　　　　 |  | 被保険者番号 |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 明　大　昭　年　 月 　日（ 歳） |
| 要介護度 | 要支援（　1・2　）要介護（　1・2・3・4・5　） | 認定期間 | 令和　　年　月　日　～令和　　年　月　日 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | （自立・I ・Ⅱa・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ） |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　） |
| **②**　**有効期間のおおむね半数を超える利用が特に必要と思われる理由**※本人・家族の心身の状況、生活状況、本人・家族の意向など詳細に記入してください。 |
| （本人の心身・生活状況、意向）（家族の心身・生活状況、意向） |
| **③　入所申込中の施設（申込年月／入所待機順位）**※入所待機順位は施設へ問い合わせて必ず記入してください。 |
| ①　　　　　　　　　　　　（　　年　月／　位） | ③　　　　　　　　　　　　（　　　年　 月／　 位） |
| ②　　　　　　　　　　　　（　　年　月／　位） | ④　　　　　　　　　　　　（　　　年　 月／　 位） |
| ※申込をしていない場合、入所待機順位を記入できない場合は理由を記入してください。 |
| **④　今後の支援の方向性・見直し（施設への入所・在宅復帰の可能性等を記載）** |
|  |

＜添付書類＞　□ 居宅サービス計画書（第1表～第3表）　　　□ 課題分析表（フェースシートなど）または利用者基本情報

□ サービス担当者会議の要点（短期入所サービス利用の必要性について議論しているもの）

　　　　　　　□ サービス利用票、サービス利用票 別表（提出日の属する月の前月分、提出日の属する月の計画分）

（連絡先）男鹿市役所　介護サービス課　介護班　℡0185－24－9119