認定有効期間の半数以上の短期入所サービス利用申請書

西伊豆町長　様

　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者氏名 |  |
| 認　定　期　間 | 年　　　　月　　　　日～　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　　　　　日間） |
| 介　　護　　度 | 要支援　　要介護　１・２・３・４・５ | 利用可能日数　　　　　　　　　　日/月 |
| 認　定　期　間　中　の　利　用　実　績　・　計　画（理由書提出時点での実績と今後の計画見込みを記入してください。） |
|  | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 日数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 累積 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 期間の半数を超えた利用を必要とする理由（利用者の心身・家族の状況等記入してください。） |
| 居宅介護支援事業所 | 作成ケアマネージャー氏名 |
|  |  |

※概ね半数の利用を超える月の前月20日までに介護保険係へ提出してください。

※保険者確認欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確 認 状 況 | 入　力 | 受　付 |
| □確認済 | 確認者印 | 確認番号 |  |  |
|  |  |