短期入所サービス特例承認願

|  |  |
| --- | --- |
| 承認事項(該当項目に○) | **ア**．３０日を超える連続利用**イ**．認定期間の半数を超える利用 |
| 対象者 | 住所： | 電話: |
| 氏名： | 明・大・昭　 年 　月 　日生 |
| 被保険者番号： | 要介護度：要支援　　　要介護 |
| 認定期間：　　　 　年 　月 　日　～　　　 年　 　月 　日 |
| 申請の理由　　(該当項目に○) | **ア**．退所予定日において、被保険者の心身の状態が悪化しており、在宅に戻れる状態ではない。**イ**．退所予定日において、在宅に戻った場合に介護をする者が急病等で介護ができない。**ウ**．退所予定日において、戻るべき自宅が火災等の災害を受け、あるいは同居する家族の葬儀等があり、在宅に戻れる状態ではない。**エ**．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　 |
| 被保険者、家族等の事情等詳しい内容を記入してください。 |
| 現認定期間中の短期入所の利用状況 | 現在までの利用実績＊前回の承認期間：　　 　 年 月 日～　　 年 月 日今後の利用予定 |
| 上記のとおり　短期入所サービスの特例を承認願います。令和　　年　　月　　日矢 板 市 長　様事業者名：担当者名：　　　　　　　　　　　　　　　　電話： |

注１　短期入所利用状況の確認できる書類として、①居宅サービス計画書　②サービス担当者会議の要点

③サービス利用票(兼居宅サービス計画)等を添付してください。

注２　承認事項が「イ．認定期間の半数を超える利用」の場合は、「認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の理由書」が必要です。ただし、ケアプランにその旨記載がある場合は不要です。

注３　この承認願につきましては、承認事項が生じる事前の提出が必要です。