

要介護認定期間の半数を超える短期入所利用承認申請書

フリガナ												
被保険者氏名				被 保 険 者 番 号								
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日			0 0 0								
住 所	御殿場市											
要介護状態区分	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 経過的要介護											
認定有効期間	年 月 日 ~			年 月 日			ヶ月					
認定期間中の利用計画（実績）	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
世 帯 構 成	氏 名	年齢	続柄	生活の状況（職業等）			氏 名	年齢	続柄	生活の状況（職業等）		
半数を超える利用を必要とする理由												

御 殿 場 市 長 様

被保険者及び被保険者の世帯の状況は上記のとおりですので、要介護認定期間の半数を超えて短期入所を利用することについて承認申請します。

年 月 日

居宅介護支援事業所名

印

担当の介護支援専門員

要介護認定期間の半数を超える短期入所サービスの利用についての承認基準

利用者の状況が次のいずれかに該当する場合であること

1 介護保険施設の入所待機者

- 利用者が認知症であることなどにより、家族等の介護が困難であること。

(訪問調査票又は主治医意見書による認知症高齢者の日常生活自立度が、原則してⅡ b 以上であること。)

- 同居している家族等が、高齢・疾病等であること等により十分な介護ができないこと。

2 その他、家族の状況等により短期入所の利用が必要と認められるもの。

なお、短期入所利用に当たっては、他の利用者から短期入所を緊急に利用したい等の要望があった場合は、緊急の利用が優先される場合があることを、利用者に十分理解を求めたうえでの利用とする。

また、居宅介護支援事業者は、要介護認定期間の半数を超える短期入所サービスをケアプランに位置付ける場合は、事前に保険者（御殿場市・小山町）の承認を得るものとする。承認を得る場合は別紙「要介護認定期間の半数を超える短期入所利用承認申請書」を提出し、承認の結果は「要介護認定期間の半数を超える短期入所利用承認通知書」で通知する。