

認定有効期間の半数を超える短期入所の利用状況確認書

提出者

事業所名			
介護支援専門員		連絡先	

被保險者

フリガナ				被保険者番号									
被保険者氏名													
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 年 月 日												
住 所	長野市												
要 介 護 度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5												
家 族 の 状 況	1. 独居 2. 家族等と同居（誰と： ）												
日常生活 （主治医意見書転記）	認知症ランク（ ） 日常生活自立度（ ）												
認定の有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで												
短期入所の利用日数 （利用票別票転記）	認定有効期間の 日数計	認定有効期間中の 利用開始年月	前月（ 月） までの利用日数	当月（ 月）の 計画利用日数	累積利用日数								
	日	令和 年 月	日	日	日								

1	現在、入所を申し込んでいる。		
	ア. 介護老人福祉施設	イ. 介護老人保健施設	ウ. 介護医療院
	エ. 地域密着型介護老人福祉施設	オ. その他（	）
	♣ア～エの申込施設名 ①	②	③
2	どこにも申し込んでいない。（理由		

認定の有効期間の半数を超える理由	理由項目	チェック欄
	介護者がいない又は家族が対象者を介護できない状況にある。	
	他の施設入所又は病院への入院が困難である。	
	本人又は家族が施設入所を拒んでいる。	
	一時的に超えてしまうもの。（30日超を含む）	
	その他の理由	

上記のチェックがついた項目について、具体的な理由を記載してください。

提出時に必要なもの（上記認定有効期間の直近の原本をご持参ください。写しは不要です。）

- ・ケアプラン（第1表～第3表）
- ・サービス担当者会議の要点（第4表）
- ・サービス利用票・別表（第6表～第7表）

(保險者備考欄)

確認者	介護保険課受付印