

介護保険 短期入所制限日数を超える利用に関する被保険者の状況確認書

被 保 険 者 氏 名 (申 請 者)	フリガナ		保険者 番号					3	3	4	2	3	5
	氏名		被保険 者番号	0	0	0	0	0	0				
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日			性 別		男 ・ 女							
住 所	〒 電話番号 — —												
被保険者の 身 体 状 況													
被保険者の 家 庭 状 況													
入所前後の 居 宅 サービス 利用状況													

早島町長 様

上記理由により、短期入所サービスの利用計画を報告します。

指定居宅介護支援事業所

住 所

電 話 番 号

事 業 所 名

介護支援専門員 氏 名

短期入所サービス利用計画書

要 介 護 状 態 区 分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5	
認 定 有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日	
利用予定の短期入所サービス事業所	名 称	
	番 号	
	名 称	
	番 号	

利用月	支給限度内 利用日数	自費利用日数	利用月	支給限度内 利用日数	自費利用日数
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	計	日	日

注 意

※ 短期入所制限日数を超える利用とならないための改善策等をご記入ください。

1 施設入所待機中

(1) 指定介護老人福祉施設

()

(2) 介護老人保健施設

()

(3) その他の施設

()

2 その他改善策等

()