

高石市長 様

提出日 年 月 日

事業所名

事業所所在地

居宅介護支援
専門員名

電話番号

短期入所生活者の長期利用に係る理由書

下記の理由により、短期入所を延長していただくようお願いします。

被保険者番号												
被 保 険 者 氏 名		性 別	生 年 月 日									
		男・女	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 年 月 日									
認定有効期間						介護度						
住 所	電話番号() -											
利用者の 状況及び 意向等	※身体状況・生活状況・サービス利用状況、家族の介護協力、等											
短期入所 サービスを 長期利用す る理由												
今後の 方針及び 施設等 申込状況												

・この申請書と基本情報、居宅介護サービス計画書(1)(2)、サービス利用票、サービス利用票別表を添付してください。
・ショートステイの利用日数が認定有効期間の半数を超える場合に申請が必要です。

受付