

認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用届出書

フリガナ						被保険者番号					
被保険者氏名											
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日		性別	男・女				
住所	〒										
	電話番号										
要介護状態区分	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					
認定有効期間	年 月 日から					年 月 日まで					
利用予定の短期入所サービス事業所	番 号										
	名 称										
<p>鹿屋市長 様</p> <p>上記の被保険者が介護保険要介護・要支援認定有効期間の半数を超えて短期入所サービスを利用することを届け出します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>											
					事業所番号						
<p>[居宅介護支援事業者]</p> <p>住 所</p> <p>名 称</p> <p>電話番号</p> <p>介護支援専門員</p>											

※ 裏面に半数を超える利用の理由等を記入して下さい。短期入所サービス事業者の利用状況等も報告して下さい。

※ 添付書類 居宅サービス計画書 第1表・第2表、サービス担当者会議の要点直近のモニタリング表、利用票・利用票別表（半数を超える月分）

(鹿屋市確認欄)		
<p>認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用について理由届出書及び添付書類の内容を精査し、利用について確認しました。</p>		
		年 月 日
担当者氏名		印

