

高根沢町長 様

(指定居宅介護支援事業者等)

居宅介護支援事業所名：

担当介護支援専門員：

介護保険短期入所サービス連続利用等申請書

下記のとおり、
 30日を超える連続利用
 要介護認定等有効期間の半数を超える利用
 について申請します。

記

被保険者	被保険者番号：	
	氏名：	生年月日：
	住所：	
	介護区分：	認定期間： ～
申請の理由	(該当の項目に○をつけて下さい) 1 被保険者の心身の状態が悪化しており、在宅に戻れる状態でない 2 在宅に戻った場合に被保険者の介護をする者が急病、疾病その他の理由により当該被保険者を介護することができない状態である 3 被保険者が退所後に戻すべき自宅が火災その他の災害を受け、又は同居する家族等に不測の事態が生じ、在宅に戻れる状態でない 4 その他	
	(詳しい理由を記載して下さい) 被保険者の事情	
	家族の事情 その他	
現認定期間中の利用状況	現在までの利用実績 (サービス利用票を添付して下さい) 今後の利用予定	