

介護保険短期入所連続利用等申請書

大槌町長 様

被 保 険 者	フリガナ					被保険者番号			
	氏名					生年月日			
	住所	大槌町							
	認定期間	年	月	日	～	年	月	日	まで
	介護度	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4
利用開始日	年	月	日	～					
家族構成 (主介護者は「主」欄に✓を入れてください。)	氏名	主	年齢	続柄	居住状態	連絡先			
					同居・別居				
					同居・別居				
					同居・別居				
本人の状況									
長期利用となっている理由 (家族の意向等も含む)									
今後の方針	1. 現在、長期入所を申し込んでいる。 (申込中の施設) 2. 今後、入所を検討中。 3. 状況に応じて在宅へ。 4. その他 ()								
大槌町長 様	上記理由により、短期入所利用日数が規定を超えますので届出します。 年 月 日 事業所名 連絡先 介護支援専門員 氏名 印								

- 添付書類：・基本情報（フェースシート）等
- ・居宅サービス計画書（1～3表）
 - ・サービス利用票、サービス利用票別表（長期利用となる前月のもの）
 - ・サービス担当者会議・介護支援経過等
（長期利用となることについて内容が記載されているもの。）

留意点

短期入所サービスは、利用者が居宅で自立した日常生活を継続して維持するために利用するものです。よって、当該サービスの利用については、在宅生活の維持につながるように十分に留意しながら、連続した利用は30日まで、そして、利用日数は、累計で認定有効期間のおおむね半数を超えない範囲にとどめるのが基本です。

しかし、一律に短期入所サービスの利用を制限することは、利用者の心身の状況や家族等のことを考えると、困難な場合も想定されるため、特に必要と認められる場合においては、弾力的な運用を図りたいと考えています。

つきましては、当該事由が発生する場合は、下記の点に留意の上、「短期入所サービスの長期利用に係る理由書」を提出してください。

記

1. 利用者の心身の状況や、置かれている環境等を十分勘察した上で、長期利用が必要となる理由（できるだけ具体的に）を記入してください。
2. 施設への長期入所申し込みを行う等、短期入所の長期利用を解消するためにどのような方策を取っているのか、また、検討しているのか記入してください。
3. 理由書については、短期入所の利用が連続31日以上となる場合もしくは、認定の有効期間内に短期入所サービスの利用がおおむね半数を超える見込みとなった場合に提出してください。また、次期有効期間においても同様に、その都度提出してください。
4. 理由書提出後、確認事項等がある場合は保険者より電話などで照会させていただく場合があります。