介護保険　認定有効期間の半数を超える短期入所の利用状況報告書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 被　保　険　者　番　号 |
| 被 保 険 者 氏 名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 性　別 |  |
| 認定の有効期間 |  　　年　　月　　日　から 　　年　　月　　日　まで | 要　介　護　度 |
|  |
| 短　期　入　所　の利　用　日　数（利用票別表転記） | 前月（　月）までの利用日数 | 当月（　月）の計画利用日数 | 累 積 利 用 日 数 |
|  |  |  |
| 　　年　　月　　日　須　坂　市　長　　様上記の被保険者について、短期入所の利用が認定有効期間の半数を超えるので、その理由について、次のとおり報告します。居宅介護支援事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（連絡先）　　 　　　　　　　　　　　　　　 |
| ◎　短期入所の利用が必要な理由 (該当する番号を○で囲むこと)　　1　利用者が認知症であることにより、家族等の介護が困難　　2　同居している家族または親族が高齢・疾病等であり、十分な介護が困難　　3　その他　(具体的に記入してください。)(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ◎　利用者の施設入所申し込みの状況（該当する番号等を○で囲むこと）　　1　現在、｛　ア．介護老人福祉施設　　イ．介護老人保健施設　　ウ．介護療養型医療施設　｝へ入所を申し込んでいる。　　2　どこにも入所を申し込んでいない。 |

　※　利用者のサービス利用票及び利用票別表のコピーを添付してください。

　市　記　入　欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日常生活自立度（認知症） | 認　定　調　査　票 | 正常，Ⅰ，Ⅱa，Ⅱb，Ⅲa，Ⅲb，Ⅳ，Ｍ |
| 主　治　医　意　見　書 | 正常，Ⅰ，Ⅱa，Ⅱb，Ⅲa，Ⅲb，Ⅳ，Ｍ |
| 備　　　考 | （世帯構成・受給状況等） |