

短期入所サービスの利用が長期となる場合の確認書

次の被保険者について、本人の心身の状況及び本人・家族等の意向を勘案して、短期入所生活介護及び短期入所療養介護のサービス利用日数が、要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超える利用となることを届出します。

網走市健康福祉部介護福祉課長 様

年 月 日

指定居宅介護(予防)支援事業者

居宅(介護予防)サービス計画作成者

1. 利用者の情報

対象者	被保険者番号												要介護度	支1・2・介1・2・3・4・5				
	住 所	網走市																
	氏 名									生年月日	M T S	年	月	日				
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日																
利用日数が要介護認定等の有効期間の半数を上回る必要があると認められる理由																		

2. 確認欄（本人氏名及び担当者名は署名または押印）

本人 又は家族	住 所				
	氏 名			本人との続柄	
短期入所 サービス 提供事業 所	業者名			担当者名	
	業者名			担当者名	
	業者名			担当者名	

※サービス計画作成者は、利用日数が要介護認定等の有効期間の半数を上回る計画を立てた時点で、本書に「半数を上回る月とその前月のサービス利用票」及び下記の資料を添えて市に提出してください。

- ・居宅サービス計画・・・基本情報、居宅サービス計画書1及び2
- ・介護予防サービス計画・・・利用者基本情報、基本チェックリスト、介護予防サービス・支援計画書及び評価表

網走市 承認欄	サービス計画書		承認します。 本計画を 承認できません。	担当者名	網走市介護福祉課 介護保険係
	利用票及び別表				

※網走市が本計画を承認した場合は、本書と添付書類を保存し、確認書の写しに担当者が署名し、計画作成者に交付するものとする。