

# 短期入所サービス長期利用届出書

(要介護認定の有効期間のおおむね半分を超える場合の理由書)

玉村町長様

短期入所サービスの長期利用(要介護認定の有効期間のおおむね半分を超える利用)の必要があるので、次のとおり届け出ます。

届 出 年 月 日

事 業 所 名

事 業 所 所 在 地

電 話 番 号

担 当 介 護 支 援 専 門 員

|                   |                                                                                                                                   |        |  |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|
| 被保険者氏名            |                                                                                                                                   | 被保険者番号 |  |
| 生年月日              | 年 月 日 ( 歳 )                                                                                                                       |        |  |
| 住所                | 佐波郡玉村町大字                                                                                                                          |        |  |
| 届出区分              | <input type="checkbox"/> 1 長期利用が見込まれた時点<br><input type="checkbox"/> 2 要介護認定の有効期間のおおむね半分を超えた時点<br><input type="checkbox"/> 3 その他 ) |        |  |
| 要介護認定<br>(認定有効期間) | 要支援( ) 要介護( )<br>( 年 月 日 ~ 年 月 日 )                                                                                                |        |  |
| 利用実績(予定)          | 年 月 日 利用開始<br>週 回(曜日: ) 月 回<br>認定有効期間中の累計利用日数 日( 年 月末現在)                                                                          |        |  |
| サービス提供<br>事業所     |                                                                                                                                   |        |  |
| 理由                | 別紙理由書のとおり                                                                                                                         |        |  |

※ 有効期間のおおむね半分以上の利用が見込まれる短期入所サービスの利用開始時点で提出してください。

※ 添付書類

①短期入所サービス利用理由書(別紙)

②サービス担当者会議の要点(短期入所利用の必要性を検討したもの)

(別紙)

## 短期入所サービス利用理由書

作成年月日 年 月 日

|        |       |
|--------|-------|
| 被保険者番号 | 利用者氏名 |
|        |       |

### ○概況

|                                      |          |                       |
|--------------------------------------|----------|-----------------------|
| 現時点での家族構成・生活状況・支援状況(主介護者は左欄に○してください) |          |                       |
| 主                                    | 続柄(支援者等) | 生活状況・支援内容(心身の状態・介護力等) |
|                                      |          |                       |
|                                      |          |                       |
|                                      |          |                       |
|                                      |          |                       |

|                      |  |
|----------------------|--|
| 現時点の利用者・家族等のサービスへの意向 |  |
| 利用者:                 |  |
| 家族等:                 |  |

### ○サービスの利用状況

|                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| ①現在、ショートステイ長期利用と併用しているサービス等 |           |
| サービス等の名称                    | 検討内容と検討結果 |
|                             |           |
|                             |           |
|                             |           |

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| ②現在までにショートステイ長期利用以外に検討したサービス等 |           |
| サービス等の名称                      | 検討内容と検討結果 |
|                               |           |
|                               |           |
|                               |           |

|                                               |           |
|-----------------------------------------------|-----------|
| ③入所申込み済みの施設(特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・認知症対応型共同生活介護など) |           |
| サービス等の名称                                      | 検討内容と検討結果 |
|                                               |           |
|                                               |           |
|                                               |           |

|                                             |           |
|---------------------------------------------|-----------|
| ④今後検討が必要なサービス等(特養の入所申込・待機状況、その他サービスの検討状況など) |           |
| サービス等の名称                                    | 検討内容と検討結果 |
|                                             |           |
|                                             |           |
|                                             |           |

### ○介護支援専門員の意見

|                                   |
|-----------------------------------|
| 認定の有効期間のおおむね半数を超える長期利用が特に必要と考える理由 |
|                                   |
|                                   |
| 今後の支援の方向性                         |
|                                   |
|                                   |
| ※ショートステイ長期利用終了時期の見込み: 年 月 日まで     |