

認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の理由届出書

年 月 日

(あて先)東大阪市長
 以下のとおり届出します。
 事業所名称

(事業所番号)

事業所所在地 〒 -

介護支援専門員氏名 (連絡先電話番号)

該当するものに

被 保 険 者 情 報	被保険者氏名			被保険者番号		
	住所	〒 -				
	生年月日	明・大・昭・西暦		年	月	日 (歳)
	要介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		認知症の有無及び認知症日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		半数の日数	日	
	住居の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 老人ホーム等(施設名)				
	心身の状況			届出区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2回目以降	
	家族等の状況			他の利用サービス		
短 期 入 所 の 状 況 等	主なサービス事業所			半数を超える年月及び累計利用日数	年 月 (累計 日間)	
	認定有効期間	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間
	始期から半数超までの利用状況(自費を除く)	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間
	※記載欄が不足する場合は別紙に記載	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間
		年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間
		年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間
		年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間
		年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間	年 月 日間
	半数を超える短期入所が必要な理由	主な理由区分(いずれか一つを選択) <input type="checkbox"/> 施設入所待ち <input type="checkbox"/> 突発的な出来事 <input type="checkbox"/> その他 (詳細)				

※この届出書に認定有効期間の半数を超える月の利用票及び利用票別表の写しを添付すること。必要に応じて、聞き取りや追加の資料提出を依頼することがあります。

(市処理欄)

(受付印)