

短期入所サービス利用日数延長届出書

半田市長様

次のとおり届出します。

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------------|--------------|-----|--------|----------|-----|-----|-------|---|---|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | 0000 | | 届出年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| | フリガナ | | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 氏名 | | | 性別 | 男 | | 女 | | | |
| | | | | 電話番号 | () | | - | | | |
| | 住所 | 〒475- 半田市 | | | | | | | | |
| | 要介護状態区分 | 支援1 | 支援2 | 介護1 | 介護2 | 介護3 | 介護4 | 介護5 | | |
| | 認定の有効期間 | 平成・令和 | | 年 | 月 | 日 | ～ | 平成・令和 | 年 | 月 |
| 延 長 理 由 | 1. 認知症等であるため同居している家族等の介護が困難である。 | | | | | | | | | |
| | 2. 同居している家族等が高齢又は疾病等で十分な介護ができない。 | | | | | | | | | |
| | 3. その他（具体的に） | | | | | | | | | |
| 施 設 入 所 申 込 | 有 無（無の場合その理由：) | | | | | | | | | |
| | 施設名 | | | 申し込み時期 | | | | | | |
| | | | | 平・令 | 年 | 月 | | | | |
| | | | | 平・令 | 年 | 月 | | | | |
| | | | | 平・令 | 年 | 月 | | | | |
| | | | | 平・令 | 年 | 月 | | | | |

①認定有効期間の半数を超えない分の状況

利用施設名等

| | | |
|----------|--------|----|
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| 認定有効期間日数 | 合計利用日数 | |
| 日 | 日 | |

②利用日数延長分（半数を超える）の状況

利用施設名等

| | | |
|----------------|---|----|
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| | 月 | 日間 |
| 利用日数延長分の合計利用日数 | | |
| 日 | | |

居宅介護支援事業所名

担当ケアマネジャー氏名

電話番号 () -