

介護保険 短期入所制限日数を超える利用に関する被保険者の状況確認書

年 月 日

指定居宅介護支援事業者名等	指定居宅介護支援事業所名・番号								担当介護支援専門員氏名										
被保険者氏名(申請者)	フリガナ								保険者番号					1	2	2	3	4	1
	氏名								被保険者番号	0	0	0	0						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別				男・女										
住所	〒																		
	電話番号 - -																		
被保険者の身体状況																			
被保険者の家庭状況																			
入所前後の居宅サービス利用状況																			

※ 裏面の「短期入所サービス利用計画書」に記入してください。

短期入所サービス利用計画書

要 介 護 状 態 区 分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
認 定 有 効 期 間	年 月 日 から		年 月 日	
利用予定の短期入所サービス事業所	名 称			
	番 号			
	名 称			
	番 号			

利用月	支給限度内 利用日数	自費利用日数	利用月	支給限度内 利用日数	自費利用日数
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	計	日	日

注 意

認定有効期間の半数を超える利用に関しては、法的な罰則規定はありません。
 しかし、在宅サービスであることに鑑み、認定有効期間のおおむね半数を原則としています。
 よって、認定有効期間の半数を超えて利用する必要性を把握するため本書の提出を求めるものです。
 なお、下記の要件に該当していることを想定しています。該当する番号を○で囲んでください。

- 1 独居で在宅サービスを利用しても、在宅での生活が困難である場合
- 2 利用者が認知症であることにより、同居している家族等の介護が困難な場合
- 3 同居している介護者が高齢、疾病、入院を理由として、十分な介護ができない場合

● 短期入所制限日数を超える利用とならないための改善策等をご記入ください。

※ ()内に待機施設名及び改善策等を記入してください。

- 1 施設入所待機中
 - (1) 指定介護老人福祉施設 ()
 - (2) 介護老人保健施設 ()
 - (3) その他の施設 ()
- 2 その他 ()