**要介護認定の有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の理由書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大 ･ 昭 　　 年 　　 月　 　日 | | | | | 性　別 | | | 男　・　女 | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　） | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由  （該当項目に✓を記入願います） | □利用者が認知症等により、同居家族等の介護が困難であるため  □同居家族等が高齢、疾病、入院等により十分な介護が困難であるため  □その他（具体的理由）  理由： | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所サービス事業者 | | 番号 |  | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | |
| **七　戸　町　長　　殿**  　　　　上記のとおり要介護認定の有効期間の半数を超える短期入所の利用を申請します。  令和　　年　　月　　日  **[申　請　者]**  事　業　所　番　号  居宅介護支援事業者  　　　　　住　　所　〒  　　　　　名　　称  　　　　　電話番号　　　　（　　　　）  　　　　　介護支援専門員　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | |

* 被保険者の同意をとってください。

|  |
| --- |
| **要介護認定の有効期間の半数を超える短期入所サービス利用承認通知書**  　指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（厚労省令第38号）第13条第21号に規定する「特に必要と認められる場合」に該当すると判断し、短期入所サービス利用日数が要介護認定等有効期間のおおむね半数を超える利用となることを承認します。なお、承認期間は認定有効期間とします。  　　　　令和　　年　　月　　日  **七戸町長　小　又　 勉**  承認No． |