

年 月 日

美濃加茂市長 宛

居宅介護(介護予防)支援事業所名： \_\_\_\_\_

担当(主任)介護支援専門員： \_\_\_\_\_ ㊟

要介護認定等有効期間の半数を超える短期入所利用に関する申出書

次の被保険者は、下記の理由から利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合に該当すると思われるので、要介護認定等の有効期間の半数を超える短期入所を利用することを申し出ます。

被保険者番号	1 1 0 0 0	被保険者氏名	
被保険者住所	〒 _____ 美濃加茂市		
生年月日	明 治 _____ 年 _____ 月 _____ 日	性別	男・女
認定有効期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	要介護認定等	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)
本人の身体状況			
本人の生活状況			
家族の状況			

施設入所の希望	あり・なし	施設入所申込状況	申込済み・未定
施設入所申込済みの場合のみ記入	申込施設名		
	優先入所手続		
	入所予定日		
今後のサービス利用予定			

※以下は記入しないでください。

**【市記入欄】**

上記内容の結果、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合に該当すると判断できるので、要介護認定等の有効期間の半数を超える短期入所を利用することを認めます。

年 月 日

美濃加茂市健康福祉部高齢福祉課長 印