短期入所サービス利用計画届出書

令和　　　年　　　月　　　日

河内長野市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定居宅介護支援事業者名

介護支援専門員

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

　下記の被保険者の居宅サービス計画を作成するにあたり、短期入所サービスの利用を検討した結果、認定有効期間の半数を超える短期入所サービスの利用が特に必要であると認められましたので、ここに届出をします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  番　　号 |  | 認定有効  期　　間 | 令和　　年　　月　　日から  令和　　年　　月　　日まで |
| 氏　　名 |  | 要介護度 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 |  | | |

|  |
| --- |
| **短期入所を必要とする理由及び今後の方向性**  【身体状況】  【環境面や介護力】  【長期入所が必要となる理由・今後の見通し】  【入所施設名・申込時期】（※入所待ちの場合のみ）  　施設名：  　申込時期： |