

短期入所サービス超過利用申請書

【短期入所サービスを認定有効期間のおおむね半数を超えて利用する場合の申請】

フリガナ			保険者番号	3 3 4 6 1 5	
被保険者氏名			被保険者番号		
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日		性別	男 ・ 女	
住所	〒 電話番号				
理由	要介護認定有効期間のおおむね半数を超えて利用する理由 ※書き切れない場合は適宜用紙を追加してください				
※被保険者が認知症であることなどにより同居している家族等の介護が困難な場合 ※同居している家族が高齢、疾病等であること等を理由として十分な介護が出来ない場合					
要介護認定区分	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～ 令和 年 月 日まで				
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 I II a II b III a III b IV M				
居宅介護支援事業者				指定番号	
担当介護支援専門員					
矢 掛 町 長 様					
上記のとおり、要介護認定有効期間のおおむね半数を超えて利用したいので申請します。					
令和 年 月 日					
【申請者】※被保険者本人、家族及び居宅介護支援事業者等					
所在地又は住所					
名称又は氏名					
電話番号					

承 認 書	
上記の内容で承認します。承認有効期間は、認定有効期間とします。	
令和 年 月 日	
矢 掛 町 長	