

## 宿泊サービス長期利用確認書(小規模多機能型居宅介護用)

年 月 日

宿泊サービスの長期利用について確認をお願いします。

被保険者氏名		生年月日	年 月 日
被保険者住所		性 別	男 ・ 女
被保険者番号		要介護度	
(認定)有効期間	年 月 日～ 年 月 日	認定期間中の利用日数(現時点)	
事業所名		サービス計画作成者氏名	
地域包括支援センター (予防の場合の連携)		担当者氏名	
利用(予定)状況	・ 通いサービス 日 ・ 訪問サービス 日 ・ 宿泊サービス 日		
長期利用予定の理由 (家族の状況も記載)			
施設等申込み状況			
今後の方向性			

添付書類 要介護1～5

- ・利用者基本情報(アセスメントシート) ・居宅サービス計画書(1)(2)
- ・週間サービス計画書 ・サービス担当者会議の要点 ・主治医や担当者に対する照会内容
- ・その他( )

要支援1・2

- ・利用者基本情報(アセスメントシート) ・介護予防サービス, 支援計画書
- ・サービス担当者会議の要点 ・主治医や担当者に対する照会内容
- ・その他( )

-----

### 《介護保険課記入欄》

課長	係長	課員	地域包括

確 認 結 果	<input type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 確認できない	担当者氏名	
確 認 通 知	年 月 日 (通知方法 )	ケアプラン点検	年 月 日
指示事項等			