

短期入所サービス長期利用確認書

年 月 日

短期入所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)	
居宅介護支援事業所名		介護支援専門員氏名	
地域包括支援センター		担当者氏名	
現在利用しているサービスの種類および回数			
利用(予定)状況	<input type="checkbox"/> 認定期間の半数を超えて利用 <input type="checkbox"/> 30日を超えて連続利用		
長期利用予定の理由(家族の状況も記載)			
利用予定の事業所および日数			
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			