

サービス利用受付票

要介護認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所利用に関する理由書

三豊市

対象者氏名	提出年月日	令和 年 月 日
	回答希望年月日	令和 年 月 日
	回答年月日	令和 年 月 日
被保険者番号	要介護状態区分	支1・支2・介1・2・3・4・5・申請中
事業所・ケアマネ氏名	電話:	

項目	内容等																		
1	本人の状況																		
2	家族の状況及び介護力 ※同居家族以外の状況についても記入してください。																		
3	認定有効期間の半数を超える理由 短期入所生活介護 年 月 日から利用（施設名 ）																		
4	<p>今後の方針</p> <p><input type="checkbox"/>現在、入所申込をしている。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>申込先施設名</th> <th>順番</th> <th>優先の有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>有 ・ 無</td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/>入所を検討している。 <input type="checkbox"/>状況に応じて在宅へ <input type="checkbox"/>その他 ()</p>	申込先施設名	順番	優先の有無			有 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無
申込先施設名	順番	優先の有無																	
		有 ・ 無																	
		有 ・ 無																	
		有 ・ 無																	
		有 ・ 無																	
		有 ・ 無																	

※ 介護保険課使用欄

結果	課長	Gリーダー	事務	保健師	担当
可 ・ 不可					

※ 本人・家族等の状態像からサービス提供の可否を判断しています。資格、支給限度額等、その他の条件についてはケアマネージャーさんの確認をお願いします。