

認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所利用についての相談票

渋川市長 様

平成 年 月 日

次の被保険者に対する短期入所利用について、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、認定有効期間のおおむね半数を超える利用が必要であると判断したので、相談いたします。

事業所名		電話番号	
所在地		計画作成者	

被 保 険 者 情 報	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
	被保険者番号				要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				

認定有効期間中の短期入所サービスの利用実績及び今後の利用予定								当月末累積利用日数				日
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数												
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数												

短期入所サービスの位置付け、利用日数及び各種施設(介護、有料施設)についての利用者への説明 未・済

短期入所サービスを利用する理由(本人、介護者の状況や利用の必要性等詳しく記入してください)

今後の計画、支援の方向性

施設等申込状況	1. 現在、入所を申し込んでいる。(申込みをしている施設名等を記入してください)
	2. どこにも申し込んでいない。(理由を記入してください)

添付書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書又は介護予防サービス・支援計画書の写し	<input type="checkbox"/> サービス利用票・別表の写し
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点の写し(介護予防支援の場合は、介護予防支援経過記録の写しで可)	

渋川市記入欄

番号	継続	<input type="checkbox"/> 初回	利用の要否	備考	受付印
		<input type="checkbox"/> 継続	要・否		
決済印		課長	係長	係	

伺) 上記のとおり相談結果について決定し、様式第2号により通知してよろしいでしょうか。