（様式１）

介護保険　短期入所連続利用等適用申出書

足利市長　宛て

次のとおり、短期入所連続利用等緊急避難的措置の適用を受けたいので申出します。

１　31日目を全額自己負担とし32日目以降再度保険給付の対象とすること。

２　居宅介護サービス計画等作成上の要介護認定等の有効期間の半数を超えること。

（どちらかに○を付けてください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申出年月日 | 　 年　 　月　 　日 |
| 居宅介護支援事業者 | 名称 |  | 担当介護支援専門員氏名 |  |
| 住所 | 〒　電話番号　　　（　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ　 |
| 　　　 |
| 住　所 |  |
| 要介護状態区分 | 要支援　１ ・ ２　　　　要介護　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ |
| 認定有効期間 | 　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 利用事業所名 |  |
| 連続利用等が必要な理由に○をつけてください（本人・介護者の状況や利用の必要性などについて具体的に記入してください） | １　退所予定日に被保険者の心身状態の悪化により、在宅介護が困難２　退所予定日に介護者が急病等により、在宅介護が困難３　退所予定日に自宅が火災等または同居家族が葬儀等で、在宅介護が困難【詳細について記載してください】　 |
| 入所年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 全額自己負担の日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 延長期間 | 　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日（　　　日間） |
| 利用者の今後の対応について | １　在宅での介護を希望している２　在宅での介護が難しいため施設入所を希望しているア．施設へ入所申込みをしている　　※下記に申込みしている施設名を記載してください　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）イ．施設へ入所申込みをしていない　　理由： |
| 備考 | 　　　　年　　　月　　　日より半数を超える |