短期入所サービス利用日数が認定有効期間の半数を超過する協議書

　　　　　　年　　月　　日

長寿課長　様

下記被保険者について、短期入所生活介護及び短期入所療養介護のサービス利用が、要介護認定

有効期間の半数超過利用となることの承認について、協議します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 居宅介護支援事業所名 |  |
| 管理者氏名 | 印 |
| 事業所所在地 | 〒　　　 |
| 事業所連絡先 | 電話番号（　　　　　　　）　　　　　－ |
| 担当者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 | 明･大・昭　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　　　・　　女 |
| 住　　所 | 　 |
| 要介護状態区分（該当に○） | 要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５ |
| 認定有効期間 | 平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで　　有効期間日数　　　　月 |
| 認定有効期間中短期入所利用実績日数 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 合計 |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 今後の短期入所利用予定日数（月） | 日/月 |
| 有効期間の半数を超えて利用しなければならない理由（具体的に記入をお願いします） |  |
| 　備　考 |  |

【裏面あり】

添付書類

　　①居宅サービス計画書、②サービス担当者会議の要点、③サービス利用票：申請の３カ月前以降のもの

　　④支援経過

※備考

１．短期入所サービスは、あらかじめ期間を定めて利用するものであり、認定有効期間のおおむね半数を超え

ないことが目安とされて、介護報酬では３０日を連続算定日数の上限としています。（連続３０日を超えた利

用は、全額利用者負担となります。）

２．この協議書は、短期入所サービス連続利用等が見込まれる時、事前に日南市役所長寿課まで提出して

ください。

３.この協議書の提出によって、利用が確定するものではないことにご留意ください。