

## 認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の届出書

富士吉田市長 様

所 在 地 :

事業所名 :

担 当 者 :

連 絡 先 :

要介護認定有効期間の概ね半数を超えて、ショートステイ(短期入所生活介護又は短期入所療養介護)の利用が見込まれるため、関係書類を添えて届け出ます。

フリガナ	被保険者番号									
被保険者氏名										
生年月日	性別									
住所	〒 連絡先									
要介護状態区分	障害高齢者 自立度	認知高齢者 自立度								
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
利用施設名										
利用期間(開始)										
利用理由										

## (注意)

半数超えとなる見込みの一ヶ月前を目安に提出してください。

確認結果の通知は行いませんが、内容の確認をさせていただく場合があります。

居宅サービス計画を添付して提出してください。