

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。