別記様式２

年　月　日

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。