

(手続きにあたっての注意事項)

指定居宅介護支援事業者及び指定介護予防支援事業者（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）は、認定有効期間のおおむね半数を超えて短期入所を利用しようとする者がいる場合は、次のとおり事前に書類を提出して確認を受けること。

1 提出書類

- ・ 認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の理由書（様式第1号）※正副2部提出
- ・ 居宅サービス計画書標準様式第1表から第7表まで（又は当該標準様式に準ずる様式）※1部提出

2 提出期限

利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超えると見込まれる1箇月前まで

3 提出先

「伊方町保健福祉課 長寿介護係」あて

4 確認及び交付

次の各号のいずれかに該当すると町長が認めた者については、指定居宅介護支援事業者等に日付入り確認印を押印した理由書（副本）を交付する。

理由書の交付を受けたときは、その理由について居宅サービス計画に明示すること。

- (1) 利用者が認知症（認定調査票又は主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ a 以上）であること等により、同居している家族等の十分な介護が困難な場合
- (2) 同居している家族等が高齢、疾病であること等を理由として十分な介護ができない場合
- (3) その他やむを得ない理由により、居宅において十分な介護を受けることができないと認める場合

様式第1号（第3条関係）

認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の理由書

フリガナ	被保険者番号																																																															
被保険者氏名																																																																
生年月日	年	月	日	性別	男・女																																																											
被保険者住所																																																																
要介護状態区分	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2																																																										
認定有効期間	年 月 日から						年 月 日まで																																																									
認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用が必要な理由	<p>認定有効期間中の短期入所サービスの利用実績及び利用計画</p> <table border="1"> <tr> <td>利用月</td> <td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td><td>月</td> </tr> <tr> <td>利用日数（実績）</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>利用日数（計画）</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>利用累積日数</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	利用日数（実績）													利用日数（計画）													利用累積日数												
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月																																																				
利用日数（実績）																																																																
利用日数（計画）																																																																
利用累積日数																																																																
伊方町長 様																																																																
上記の理由のため、認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用が必要です。																																																																
年 月 日																																																																
（申請代行の指定居宅介護（介護予防）支援事業者） 所在地 事業所名称 ㊟ 介護支援専門員氏名 ㊟ 電話番号（ ） ー																																																																

上記のとおりと認め、認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用を承認する。ただし、承認期限は、現在の要介護（要支援）認定有効期間の満了日までとする。

伊方町長

日付入り確認印

(裏)

注1 短期入所サービスは、利用者の自立した日常生活の維持のために利用されるものであるという観点から、短期入所サービスの利用日数は、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います。

注2 ここでいう利用日数とは、保険給付の対象となる利用日数です。したがって、①支給限度額を超える利用日数や②連続30日を超える利用日数は、算入しません。

注3 居宅サービス計画書標準様式第1表から第8表まで又はこれに準ずる様式を添付してください。