

短期入所サービスにかかる協議書

短期入所サービスの利用が認定有効期間の半数を超えることについて、次のとおり協議します。

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号																	
生年月日		年 月 日		介護度		要支援 ・ 要介護													
住 所		〒 ー 電 話 ー																	
協議対象となる認定有効期間				年 月 日 から 年 月 日															
		氏 名		生年月日		性別		続柄		職 業				介護が不可能な理由					
世帯構成	世帯主			明・大・昭・平・令 年 月 日		男・女				会社員・自営業・パート・学生・無職・その他()									
	世帯員			明・大・昭・平・令 年 月 日		男・女				会社員・自営業・パート・学生・無職・その他()									
				明・大・昭・平・令 年 月 日		男・女				会社員・自営業・パート・学生・無職・その他()									
				明・大・昭・平・令 年 月 日		男・女				会社員・自営業・パート・学生・無職・その他()									

被保険者に対する介護体制について

(※一人暮らしまたは世帯員以外で被保険者を介護できる状況にある方(近隣に住む親族等)がいる場合にご記入ください。)

氏 名	被保険者との関係	住 所	介護内容等

居宅介護支援事業所名		介護支援専門員	
------------	--	---------	--

短期入所サービスを必要とする理由

施設入所の申込み状況

申込み施設名称	申込み年月日
(介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護療養型施設 ・ その他)	年 月 日
(介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護療養型施設 ・ その他)	年 月 日
(介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護療養型施設 ・ その他)	年 月 日

短期入所サービス利用計画書

被保険者氏名			被保険者番号						要介護状態区分		
要介護認定期間											
年 月 日 ~ 年 月 日											
利用予定の短期入所サービス事業所											
事業者番号											
事業所名											

No	利用年月	支給限度内 利用日数	自費 利用日数	No	利用年月	支給限度内 利用日数	自費 利用日数
1	年 月	日	日	19	年 月	日	日
2	年 月	日	日	20	年 月	日	日
3	年 月	日	日	21	年 月	日	日
4	年 月	日	日	22	年 月	日	日
5	年 月	日	日	23	年 月	日	日
6	年 月	日	日	24	年 月	日	日
7	年 月	日	日	25	年 月	日	日
8	年 月	日	日	26	年 月	日	日
9	年 月	日	日	27	年 月	日	日
10	年 月	日	日	28	年 月	日	日
11	年 月	日	日	29	年 月	日	日
12	年 月	日	日	30	年 月	日	日
13	年 月	日	日	31	年 月	日	日
14	年 月	日	日	32	年 月	日	日
15	年 月	日	日	33	年 月	日	日
16	年 月	日	日	34	年 月	日	日
17	年 月	日	日	35	年 月	日	日
18	年 月	日	日	36	年 月	日	日
				合計		日	日

特記事項

※ 本書は、短期入所サービスにかかる協議書に添えて提出すること
※ 別に、居宅介護サービス計画書（第1表から第4表、第6表、第7表）の写しを添付すること

☐ 第1表／居宅サービス計画書（1）	☐ 第4表／サービス担当者会議の要点
☐ 第2表／居宅サービス計画書（2）	☐ 第6表／サービス利用票（兼居宅サービス計画）
☐ 第3表／週間サービス計画表	☐ 第7表／サービス利用票別表