短期入所利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える利用に関する相談票

　　　年　　　月　　　日

　　古賀市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

（　新規 ・ 継続　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 被保険者 | 氏名 |  | | | | 被保険者番号 | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性別 |  | | | | 生 年 月 日 | | 年　　月　　日（　　　　歳） | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 |  | | | | 認知症高齢者の日常生活自立度 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 認定有効期間 | | | | 年　　月　　日　～　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 短期入所サービスを利用する理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 今後の  方針 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 短期入所  サービス  利用状況 | 事業所名 | | |  | | | | 届出時累計利用日数 | | | | | | | | 日 | | | | |
| 事業所番号 | | |  | | | | 累計利用予定日数 | | | | | | | | 日 | | | | |
| 5 | 担当者 | 氏名 | |  | | | | 連絡先 | | |  | | | | | | | | | | |

【添付資料】

　アセスメント、居宅サービス計画書（第１表～第３表）、サービス担当者会議の要点

【備考】

１．認定の有効期間内に短期入所サービスの利用がおおむね半数を超える見込みとなったときに、速やかに添付書類と併せて提出してください。

２．短期入所サービスに関しては、連続して利用する場合は30日目までが報酬算定の限度となっています。