**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届出書**

　　 年　 　月　 　日

相　模　原　市　長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者 　 事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地　　　〒　　　　－

　　　事業所番号 　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）

　　　　　　　　　　 介護支援専門員氏名

該当するものに☑

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者情報 | 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住所 | 〒　　　　－ |
| 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　　歳） | 性別 | □男　　　□女 |
| 要介護度 | 要支援□１　　□２　　要介護□１　　□２　　□３　　□４　　□５ |
| 認定有効期間 | 年　　　　月　　　　日 ～　　　　　年　　　　月　　　　日 | 概ね半数の日数 | 日 |
| 本人の状況（居住・心身等） |  |
| 家族等の状況（構成・介護状況等） |  |
| 短期入所の状況等 | 認定有効期間開始から半数超までの利用状況（自費を除く） | 　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日　　　～　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日　　　～　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日　　　～　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 半数を超える年月及び累計利用日数 | 　　　　　　年　　　　月　　　（累計　　　　　　　日間） |
| 半数を超える短期入所が必要な理由（在宅生活への維持・復帰に向け調整中、施設入所できずに待機中等） | （詳細）入所申込中の特養一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 | 申込年月日 | 定期確認年月日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |

必要に応じて、聞き取りや追加の資料提出を依頼することがあります。

**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届出書（記載例）**

　　 年　 　月　 　日

相　模　原　市　長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者 　 事業所名　　　　　●●居宅介護支援事業所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地　　　〒　●●●－●●●●

 　相模原市●区相模原●丁目●番●号

　　　事業所番号 14726●●●●●　連絡先（電話番号）　●●●-●●●-●●●●

　　　　　　　　　　 介護支援専門員氏名　　○○　○○

該当するものに☑

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者情報 | 被保険者氏名 | 相模　太郎 | 被保険者番号 | 0123456789 |
| 住所 | 〒　●●●－●●●●　　相模原市中央区相模原●丁目●番●号 |
| 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　４５年　　　１月　　　１日 　（ ○○歳） | 性別 | ✓男　　　□女 |
| 要介護度 | 要支援□１　　□２　　要介護□１　　□２　　□３　　□４　　✓５ |
| 認定有効期間 | 令和３年１月１日 ～令和３年１２月３１日 | 概ね半数の日数 | １８０日 |
| 本人の状況（居住・心身等） | 介護してくれていた妻が病気で亡くなった後、自宅で一人で住むことは困難な状況、一人息子は遠方に住んでおり、息子自身も障害がある為、同居して介護することは不可能。本人は要介護５で全介助を要している。ショートステイを利用しながら特養への入所を待っている状況。 |
| 家族等の状況（構成・介護状況等） | 息子１人（妻、子供１人おり、別住所に居住）⇒遠方に居住中 |
| 短期入所の状況等 | 認定有効期間開始から半数超までの利用状況（自費を除く） | 　　令和３年　　　　　２月　　　　　　１日　　　～　令和３年　　　　　７月　　　　　１５日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日　　　～　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日　　　～　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 半数を超える年月及び累計利用日数 | 　令和３年　　　８月　　　（累計　　　　１８０日間） |
| 半数を超える短期入所が必要な理由（在宅生活への維持・復帰に向け調整中、施設入所できずに待機中等） | （詳細）現在、６つの特養へ入所申込をかけているが、どの施設も入所待ちの状況であり、在宅での生活も本人の状態像を鑑みると難しい状況である。有効期間の半数を超えてしまうが、やむを得ない状況である。また、今後についても、入所状況について定期的に確認をしていきたいと思います。　**※定期的な確認については、少なくとも６月に１回程度行うことが望ましいと考えます。**入所申込中の特養一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 | 申込年月日 | 定期確認年月日 |
| ○○特別養護老人ホーム | 令和3年2月1日 | 令和3年5月20日 | 令和3年7月25日 |
| ●●特別養護老人ホーム | 令和3年2月28日 | 令和3年5月20日 | 令和3年7月25日 |
| △△特別養護老人ホーム | 令和3年3月10日 | 令和3年7月25日 |  |
| ▲▲特別養護老人ホーム | 令和3年3月31日 | 令和3年7月25日 |  |
| □□特別養護老人ホーム | 令和3年6月5日 |  |  |
| ■■特別養護老人ホーム | 令和3年6月10日 |  |  |

**※特養への入所待ちの場合は、申込中の特養の一覧についても、理由と併せて記載****してください。** |

※必要に応じて、聞き取りや追加の資料提出を依頼することがあります。