**短期入所に係る承認申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  |  |  |  | 0 | 9 | 2 | 0 | 4 | 9 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日生 | 性別 | 男　　・　　女 |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 要介護状態 | 要支援１・要支援２・要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５ |
| 認定有効期間 | 　　　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで |
| 短期入所利用事業所名 |  |
| 短期入所の利用計画期間 | 　　　　　　年　　月　　日～　　日（　　　　日間）　　　　　　年　　月　　日～　　日（　　　　日間）　　　　　　年　　月　　日～　　日（　　　　日間）　　　　　　年　　月　　日～　　日（　　　　日間）　　　　　　年　　月　　日～　　日（　　　　日間）　　　　　　年　　月　　日～　　日（　　　　日間）　　　計　　　　日 |
| 申請理由 |  |
| 　　上記のとおり、短期入所サービスの、認定有効期間の半数を超える利用の承認を申請します。　佐野市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　被保険者　：住所　　　佐野市　　（申請者）　　　　　　　　　氏名指定居宅事業者：所在地　　　　　　　　名称　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　介護支援専門員名 |

　　この申請書に、介護サービス計画書の写しを添付してください。

※　佐野市の記入欄

|  |
| --- |
| 利用承認決定書　　　　有効期間の半数を超える利用について　承認（非承認）します。　　　　なお、承認期間は、認定有効期間とします。非承認の場合の理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　佐野市長　　　　 |