**短期入所利用日数が認定有効期間の半数を超えるケアプランの届出書（兼理由書）**

**□新規　　　□継続**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

南部町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所名** |  |
| **所在地** |  |
| **電話番号** |  |
| **介護支援専門員氏名** |  |

特段の事情により、居宅サービス計画に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の利用を位置付けましたので、関係書類を添えて届出いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | **被保険者** | 氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 住所 | Ｍ･Ｔ･Ｓ　 ．　． | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | 生年月日 | | | | M・T・S　　.　　. | | | | | | | |
| 介護度 | １・２・３・４・５ | 利用者負担割合 | | | | | | | | １・２・３ | | | | |
| 生活保護 | 有　　・　　無 | 負担限度額認定（利用者負担段階） | | | | | | | | １・２・３・４ | | | | |
| ２ | **短期入所**  **利用状況** | 認定有効期間中の利用日数 | 前月までの利用日数　① | 日 | | | | | | | | | | | | |
| 当月利用予定日数　　② | 日 | | | | | | | | | | | | |
| 合計日数　　　　①＋② | 日 | | | | | | | | | | | | |
| □　短期入所利用が認定有効期間の半数を超える（見込み）  □　短期入所利用が長期間（３１日以上）となる（見込み） | | | | | | | | | | | | | |
| ３ | **上記利用となった理由** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ４ | **本人の状況・意向** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ５ | **家族の状況・意向** |  | | | | | | | | | | | | | | |

　※裏面に記入欄あり

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※　町記入欄 | 項　目 | 確認 | 備　考 |  |
| 提出書類 |  |  |
| 検討方法 |  | 書類審査　・　ケアプラン点検　（　　　　　　）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ６ | **家族構成** | 氏名 | | 年齢 | 続柄 | 世帯 | 就労・心身・介護の状況等（主介護者に○） | |
|  | |  | 本人 | 同 ・ 別 |  | |
|  | |  |  | 同 ・ 別 |  | |
|  | |  |  | 同 ・ 別 |  | |
|  | |  |  | 同 ・ 別 |  | |
|  | |  |  | 同 ・ 別 |  | |
|  | |  |  | 同 ・ 別 |  | |
|  | |  |  | 同 ・ 別 |  | |
| ７ | **施設入所等**  **申込状況** | 施設名 | | | 申込日 | | | 備考（入所見込み等） |
|  | | |  | | |  |
| ８ | **介護支援専門員の意見・今後の方針** |  | | | | | | |
| ９ | **提出書類**  ※提出するサービス計画作成時のもの | □ | 基本情報（フェイスシート） | | | | | |
| □ | アセスメントシート | | | | | |
| □ | 課題整理分析表 | | | | | |
| □ | 居宅サービス計画書（第１表～第３表）  ※地域包括支援センターでのケアプラン点検を受けていますか？　□実施済み　□未実施 | | | | | |
| □ | サービス担当者会議の要点（第４表） | | | | | |
| □ | 利用票（第６表）、別表（第７表）※提出月又は次月で区分支給限度基準内単位数の多いもの | | | | | |
| □ | 施設入所申し込み書類の写し | | | | | |
| □ | 短期入所生活介護（短期入所療養介護）計画の写し | | | | | |

※やむを得ない理由により、認定有効期間の半数を超えて利用する見込みとなった場合には、速やかに届け出てください。遅くとも、認定有効期間の半数を超える月の前月末までには届け出る必要があります。

※次期認定有効期間のおおむね半数を超える利用が見込まれる場合は、再度提出が必要です。