

記入例

短期入所期間延長届出書

八王子市健康福祉部介護保険課

関係書類を添えて短期入所期間延長に係る届出をします。

新規・継続

※ 該当項目に記入又は○をしてください。		記入日：令和 2 年 7 月 1 日	
事業所の名称	○○介護支援事業所	計画作成担当者氏名	
		八王子 太郎	
		電話 042 (620) XXXX	
被保険者	氏名	桑都オノ	被保険者番号
	介護度	・申請中 ・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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
	有効期間	令和 1 年 4 月 1 日 ~ 令和 2 年 3 月 31 日	
	利用上限日数	(認定有効期間のおおむね半数) 182 日	
概要	※短期入所期間が具体的にどの程度超えるのか記入してください。		
内容	※どのような事情により短期入所期間の延長になるのか、理由を詳しく記入してください。		
生活状況	※本人・家族(介護者)の生活環境、生活状況等を詳しく記入してください。		
主治医	医療機関名	おおるい医院	氏名 陣馬るいこ
主治医の所見	(診断名・その他) ※診断名、医師の所見を記入してください。		
心身の状態	※本人の心身の状態を詳しく記入してください。		
主治医意見確認日	令和 2 年 6 月 15 日		
主治医意見確認方法	1.主治医意見書 (○) 2.診断書等 3.担当の介護支援専門員が主治医に聴取		
サービス担当者会議開催日	令和 2 年 6 月 20 日		

提出書類

- アセスメントシート、基本情報シート
- 居宅サービス計画1~4表、(必要に応じて5表)

介護保険課使用欄	基本調査票の確認
	有 ・ 無
	決定日
	令和 年 月 日
当該の届出について 承認 ・ 不承認 とします。	

計画作成担当者への連絡 月 日 ()