短期入所サービス長期利用届出書（理由書）

年　　　月　　　日

東彼杵町長　様

事業所名

所在地

担当ケアマネジャー

連絡先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 被保険者番号 | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | |
| 生年月日 |  | | | 性別 | | |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 |  | 認定の有効期間 | | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用予定期間（実績含む） | 年　　　月　　　日　～　　　　　　　年　　　月　　　日　　　利用予定日数　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所施設の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出区分 | □　短期入所サービスの長期利用が見込まれるサービス計画を策定する時点の届出 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　要介護認定の、おおむね過半数を超えそうになった時点の届出 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　サービス計画見直し時期において、長期利用を更に継続する時点の届出 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族等の  介護の状況 | 氏名 | | 年齢 | | 続柄 | 同・別居 | | | 就労・心身・介護の状況等 | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  | | |  | | | | | | | | | |

〇 短期入所サービスを長期に利用する理由

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 短期入所  サービスの必要性 | □　重度の認知症により、同居している家族からの介護が困難である | |
| □　重度の認知症であり独居のため、自宅での生活が困難である | |
| □　主たる介護者が高齢、疾病、入院等の理由により十分な介護が困難である | |
| □　調整しながら利用してきたが、突発的な理由により、認定期間のおおむね過半数を超えて  しまう場合 | |
| □ 上記以外のやむを得ない理由により十分な介護が困難である  詳細（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 施設の  申込状況 | 待機施設名　1 | 待機情報　　　　名中　　　位 |
| 待機施設名　2 | 待機情報　　　　名中　　　位 |
| 待機施設名　3 | 待機情報　　　　名中　　　位 |

○　利用者・家族の意向

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者本人 |  |
| 家族等（　　　　 　） |  |

○　利用者の心身の状態、生活状況から見られる問題点

|  |  |
| --- | --- |
| 心身の状態 |  |
| 生活状況 |  |

○　短期入所の長期利用に至るまでの経緯（回避するためにどのような検討をしたか等）

|  |
| --- |
|  |

○ 介護支援専門員の意見：短期入所サービスを長期利用する事が特に必要と考える理由

|  |
| --- |
|  |

【市町村確認欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 確認印 |  |

※添付書類：① 居宅サービス計画書第１表～3表

② サービス担当者会議の要点（関係部分）

③ サービス利用票・別表

④ 居宅介護支援経過（関係部分）