

# ショートステイ 日数超過 申請書

(認定期間の半数を超える場合に使用)

記入例

届出日	〇〇年 〇月 〇日		
居宅支援事業所	かすかべ介護サービス		
担当者氏名	介護 花子	電話番号	048-746-1111

被保険者番号	123456		
フリガナ	カスカベ タロウ	生年月日	明・大・昭 10年 10月 10日
被保険者氏名	春日部 太郎	認定有効期間	〇〇年 〇月 〇日 から 〇〇年 〇月 〇日 まで
要介護度	要支援【1・2】 要介護【1・2・3・4・5】	住所	春日部市中央6-2 電話番号 048-736-1111

【半数を超える理由】 (本人・家族の心身の状況、生活環境等を詳しく記入してください。)

適宜、記入してください。

【入所申込中の施設】 (原則として、2ヶ所以上の申込みが必要です。)

① 特別養護老人ホーム かすかべ園	④
② 介護老人福祉施設 しょうわの里	⑤
③	⑥

【市記入欄】

	許可	受付印
	認・否認	
	年 月 日 ( )様に連絡済	