

受付印

別記様式第1号

認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所生活（療養）介護の利用に関する承認申請書兼通知書  
和歌山市長 様

届出年月日 年 月 日

被保険者 氏名				被保険者 番号						
住所	和歌山市			連絡先	( )					
生年月日	明・大・昭	年	月	日 ( 歳)	要介護度	1	2	3	4	5
認定有効期間	年 月 日 から			年 月 日 まで						
世帯状況	単身 夫婦 その他 ( ) 主たる介護者 ( )									
現在受けている 在宅サービスの 状況										
ADL 及び認 知症の状況										
当該被保険 者について の今後の方 針										
入所申込 施設	施設名			申込日	年 月 日					
居宅介護 支援事業者	所在地 (〒 - )			電話番号						
	㊟			介護支援 専門員	㊟					

添付書類 「短期入所生活（療養）介護利用計画表」、「居宅介護サービス計画書（第1表から第5表まで）の写し」

<p>上記の申請による認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所生活（療養）介護の利用に対し、介護給付の対象とすることについて、右のとおり通知します。</p> <p>なお、有効期間は認定有効期間とし、認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所生活（療養）介護の利用については必要最低限にとどめるとすること。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 和歌山市健康局保険医療部 介護保険課</p>	承認	不承認
--	----	-----