様式第９号

年　　月　　日

米　原　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者　　事業所

　担当者

連絡先

短期入所サービスの長期利用にかかる報告書

１　被保険者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　 (　　歳) | | | | | | | | | | | 介護度　　□要支援　１・２  □要介護　１・２・３・４・５  (有効期間 　　年 　月 　日～　年 　月 　日) |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

２　短期入所サービスの利用が長期化している理由

|  |
| --- |
|  |

３　改善策・今後の支援の方向性

|  |  |
| --- | --- |
| 改善策 |  |
| 今後の支援の  方向性 |  |

４　地域包括支援センターへの相談

|  |  |
| --- | --- |
| □　している | 年　　月　　日（担当者：　　　　　）  相談結果： |
| □　していない | 相談予定あり（　　　月　　日予定）・相談予定なし |

保険者確認欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　　　裁 | 課　　長 | 課長補佐 | リーダー | 担　　当 | 合　　議 | |
|  |  |  |  | 介護保険G | 包括G |

ケアマネジャーへの助言・支援等