様式第７号

年　　月　　日

米　原　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者　　事業所

　担当者

連絡先

例外給付（短期入所）確認申請書

　例外給付（短期入所）の確認について、以下のとおり申請します。

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　申請区分

□連続30日超え利用（ 　　 月分）　□認定有効期間の半数超え利用（検討会議を開催します）

３　連続30日／認定有効期間の半数　を超える理由

|  |  |
| --- | --- |
| 必要性 | □利用者が認知症等により、介護が困難である  □介護者が高齢、疾病、障がい等により十分な介護が困難である  □その他やむを得ない理由による  　（独居であり在宅サービスを利用しても在宅での生活が困難、在宅での生活により虐待を受けるおそれがある　等） |
| 上記により  連続利用の  必要性を  判断した理由 |  |
| 本人の状況 |  |
| 家族の状況 |  |

４　施設等の申込状況

|  |
| --- |
|  |

５　今後の支援の方向性

|  |
| --- |
|  |

６　短期入所サービス利用状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 利用年月 | 利用日数 | 累計 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※短期入所を開始した当初から現在まで順に記載してください。

７　確認リスト

|  |  |
| --- | --- |
| チェック | 項目 |
| □ | 長期利用の理由が、「３　連続30日／認定有効期間の半数　を超える理由」「必要性」の  いずれかに該当する。  ※その他やむを得ない理由とする場合、その理由について詳細に記載している。 |
| □ | 施設入所希望である場合、複数の施設に入所申込をしている。 |
| □ | 入所日が決まっている、介護者の退院日が決まっている等、利用期間の目途が立っている。  ※原則、無制限での利用は認められません。  やむを得ず無制限で利用する場合は、相応の理由等を整理し、申請書に記載してください。 |

８　添付書類

■連続30日超え

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護認定者  □　フェイスシート  □　居宅サービス計画書　第１～３表  □　サービス担当者会議記録  □　サービス利用表別表（対象月分） | 要支援認定者  □　利用者基本情報  □　介護予防サービス・支援計画書  □　サービス担当者会議記録  □　サービス利用表別表（対象月分） |

■認定有効期間の半数超え

|  |
| --- |
| 上記に加え、居宅介護支援経過が必要。 |

保険者確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| □　短期入所の必要性を確認しました | |
|  | 必要と認める期間　□　申請のとおり  　　　　　　　　　□　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　とする |
| □ | 短期入所の必要性を確認できませんでした  理由： |