

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
被保険者番号			☐ 要介護 1・2・3・4・5
		(有効期間	年 月 日～ 年 月 日)

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
- ☐ サービス利用票別表（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
- ☐ サービス利用票別表（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：