

十和田市における短期入所生活（療養）介護サービスの継続利用の取扱いについて

◎趣旨

この取扱は、十和田市における短期入所生活（療養）介護サービス（以下「短期入所サービス」という。）の継続利用の取扱いに関し、必要な事項を定めるものとする。

◎必要手続

短期入所サービスを要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えて利用しなければならない場合には、保険者に申請（第一号様式）し、給付の確認を受けるものとする。

- 1 有効期間のおおむね半数を超えて利用しなければならない場合には、保険者にその旨申請するものとする。（第一号様式）
その際、ケアプラン一式も添付するものとする。
- 2 申請があった場合に、保険者は、給付の確認を検討し、その結果を通知するものとする（第二号様式）。
- 3 次期有効期間において同様におおむね半数を超えて利用しなければならない場合は、再度申請するものとする。

◎その他

申請者は、短期入所サービスの適切な利用を確保するため、短期入所サービスの継続利用を早急に解消する努力をするものとする。

附則

この取扱は、平成 26 年 10 月 1 日から施行する。

短期入所サービス継続利用申請書

フリガナ		被保険者番号			
被保険者氏名					
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女		
住所	〒 — 十和田市 電話番号 — —				
要介護状態区分	要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5				
認定有効期間	年 月 日から		年 月 日まで		
申請理由 (具体的に)					
サービス担当者会議 開催日	年 月 日				
施設入所 申込状況	施設名： _____ 申込日： _____				
今後の方針 (具体的に)					
利用予定の 短期入所サービス事業者	番号				
	名称				
十和田市長 様 上記のとおり、短期入所利用の継続利用を申請します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 申 請 者 居宅介護支援事業者 <u>事業所番号</u> _____ 住 所 〒 名 称 電 話 番 号 — — 介護支援専門員氏名					

第二号様式

確認番号 号

短期入所サービス継続利用確認通知書

申請者 _____ 様 _____

短期入所サービス継続利用を下記のとおり確認します。

被保険者	様
被保険者番号	
利用予定の短期入所 サービス事業者	番号
	名称
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日

十和田市高齢介護課

日付入り確認印