

短期入所生活介護又は短期入所療養介護利用に係る申請書（新規・継続）

【様式5】

ショートステイを必要とする 要援護者の氏名と住所	氏名		住所	甲賀市
被保険者番号と介護度	番号		介護度	
認定有効期間				
ショートステイを必要とする 要援護者の心身の状況や 生活環境、親族等の支援の 状況				
同居家族の氏名(続柄) *上記要援護者等の同居家族 氏名				
現有効期間内に利用してい るショートステイの日数と割 合	日数		割合	
現有効期間内に利用を予定 しているショートステイの日 数	日数		割合	
認定有効期間の半数を超え てショートステイを利用しな ければならない理由				
最終サービス担当者会議開 催年月日		年	月	日
記入年月日		年	月	日
記入者所属と氏名				

R4.1～

【添付書類】

・本申請書に加え、フェースシート、サービス計画書(1)～(3)及び利用票・別表の原案を添付してください。