

## 短期入所制限日数を超える利用に関する状況確認書

年 月 日

居宅介護支援	指定居宅介護支援事業所名	事業者番号		
事業者名簿	(担当者 )			
利用者情報	氏名		性別	生年月日
			男・女	
	住所		介護度	要介護 ( )
				要支援 ( )
	被保険者番号			
	介護認定期間			
利用者の 身体状況				
利用者の 家族状況				

利 用 月	支給限度額内 利 用 日 数	自費利用日数	利 用 月	支給限度額内 利 用 日 数	自費利用日数
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	計	日	日
月	日	日			
利用予定の短期入所 サービス事業所		事業所名			
		事業所名			

- 居宅介護サービス計画書に添付して提出してください
- 次期有効期間において同様におおむね半数を超えて使用することになったときは、再度提出してください