

# 短期入所サービス利用日数延長届出書

阿久比町長様

次のとおり届出します。

被 保 険 者	被保険者番号	44100	届出年月日	平成 年 月 日				
	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日				
	氏名		性別	男 女				
			電話番号	( ) -				
	住所	〒 -						
	要介護状態区分	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
	認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
延 長 理 由	1. 認知症等であるため同居している家族等の介護が困難である。							
	2. 同居している家族等が高齢又は疾病等で十分な介護ができない。							
	3. その他(具体的に)							

## ①認定有効期間の半数を超えない分の状況

利用施設名等

	月	日間
合計利用日数	認定有効期間日数	
日	日	

## ②利用日数延長分(半数を超える)の状況

利用施設名等

	月	日間
利用日数延長分の合計利用日数		
日		

居宅介護支援事業所名

担当ケアマネジャー氏名

電話番号 ( ) -