年　　　月　　　日

平戸市長寿介護課長　　様

所　在　地

事業所　　名　　　称

代表者氏名　 ㊞

短期入所利用緩和について（お願い）

　下記のものは、介護保険施設において長期間短期入所生活介護を利用されており、今後も継続しての利用を希望しております。つきましては、認定期間の半数を超えての利用が予想されますので、短期入所生活介護の利用緩和について許可をお願いいたします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 被保険者番号 |  |
| 氏　　名 |  | | |
| 住　　所 | 〒　　　－ | | | 電話番号 | （　　　　　）  　　　‐ |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日  （　　　　歳） | | | 性　　　　別 |  |
| 要介護区分 | | |  | | |
| 認定有効期間 | | | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 短期入所利用状況 | | | 月　　　日現在　　　　　日間利用 | | |
| 利用緩和が必要な理由 | | |  | | |
|  | | | | | |
| 施設等入所申込先 | |  | | | |
| 入所順位 | | 人中　　　番目　（　　　　　　年　　　月　　　日現在） | | | |