年　　月　　日

（様式１）

長浜市長　様

例外給付（短期入所）確認申請書（新規・変更）

（認定有効期間の半数超え）

※いずれかを○で囲んでください。

申請者　事業所名：

担当者名：

連絡先　：

　例外給付（短期入所）の確認について、以下のとおり申請します。

１．本人（被保険者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 介護度 | [ ] 要支援1・[ ] 要支援2・[ ] 要介護1・[ ] 要介護2・[ ] 要介護3 [ ] 要介護4・[ ] 要介護5[ ] 申請中([ ] 新規・[ ] 更新・[ ] 変更) |
| 有効期間 | ～ |

２．確認を行う例外給付（短期入所）

|  |  |
| --- | --- |
| 認定有効期間の日数 | 日　（※1年は365日、1年未満は1月＝30日として計算してください。） |
| 認定有効期間中に短期入所を利用する日数（予定） | 　　　　　日（予定）【内訳】現在の認定有効期間における実績、及び今後の見込を記入してください。別紙可。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 施設名 | 利用開始 | 利用日数 | 利用日数（累計） |
| 1 |  | 　　年　　月 | 日 | 日 |
| 2 |  | 　　年　　月 | 日 | 日 |
| 3 |  | 　　年　　月 | 日 | 日 |
| 4 |  | 　　年　　月 | 日 | 日 |
| 5 |  | 　　年　　月 | 日 | 日 |
| 6 |  | 　　年　　月 | 日 | 日 |
| 7 |  | 　　年　　月 | 日 | 日 |

 |

３．例外給付（短期入所）を必要とする状況・理由、及び今後の支援方針等

|  |
| --- |
|  |