短期集中予防サービスの再利用承認申請書兼理由書

福井市長　様

下記理由により、短期集中予防サービスの再利用について承認願います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　　　　　年　　　　月　　　　日

申請者　　福井　　　　　包括支援センター

担当者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 区分 | 事業対象者  要支援１　・　要支援２ |
| （ふりがな）  利用者氏名 |  | | |
| 住所 |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日　生　　　（　　　　歳） | | |
| 基本チェックリスト実施日 | 年　　月　　日 | | |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | |
| 利用サービス事業所名 |  | | |
| 前回利用期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | |
| 本人の状態  （病歴・現在の介護状態等） |  | | |
| 再度利用が必要な理由 |  | | |
| 今後の支援方針  （利用予定期間終了までの計画等について） |  | | |
| 利用予定期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | |
| 利用予定回数 | 回 | | |
| 介護予防支援または介護予防ケアマネジメント業務委託事業所  （委託している場合のみ記入） | 事業所名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  担当介護支援専門員（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

※　介護予防サ－ビス・支援計画書（様式５）を添付してください。