



短期入所サービス利用に係る届出書

利用者	住所											
	氏名					性別	男・女	生年月日	M T S	年	月	日
	被保険者番号									電話		
	介護度等	<input type="checkbox"/> 要支援__ <input type="checkbox"/> 要介護__		有効期間			年	月	日から	年	月	日まで

西尾市長 様

年 月の短期入所サービス利用が、要介護認定等の有効期間の半数を超えるので、届け出ます。

令和 年 月 日

居宅介護支援事業者

事業所の所在地

事業所名

電話番号

※半数を超える月の「サービス利用票」「居宅サービス計画書(1)(2)」の写しを必ず添付してください。

※届け出は、短期入所サービス利用が、要介護認定等の有効期間の半数を超える前月末までにしてください。緊急を要したときは、利用後できるだけ早く届け出てください。