ショートステイ延長利用に係る承認申請

平成　　年　　月　　日

○申請者（介護支援専門員等）

氏名	所属

○利用者

氏　　名		生年月日 （　　歳）
住　　所	都留市	
介　護　度	要支援　・要介護	
認 定 期 間	平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日	

○内　容

世帯構成
本人の状況
主たる介護者の状況
他の世帯員の状況
他の親族（兄弟姉妹・子等）の状況
現認定期間中の通常介護サービス及びこれまでのショートステイの利用状況
ショートステイ延長利用希望内容（当該期間において、在宅生活が困難となる理由並びにショートステイを選択する理由を含めること）
施設申込の状況（優先入所申込を行っている場合はその状況を記載してください）

※ショートステイ施設（　　）の意見等