

年度鎌倉市特別ショートステイ事前調整依頼(兼事前調整結果)票

【 年 月 日】

(あて先)鎌倉市高齢者いきいき課介護保険担当

居宅介護支援事業所(地域包括支援センター)  
居宅介護支援専門員等氏名:  
電話番号:  
FAX番号:

◎次の1,2欄を記入し、高齢者いきいき課介護保険担当に本票を提出してください。

1、利用者基本事項欄

ふりがな				年齢	性別
利用者名	生年月日	明・大・昭	年 月 日	歳	男・女
住 所	鎌倉市			電話番号	
被保険者番号	0000	要介護状態区分		認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日
入所後の 連絡先	氏名			自宅電話	
				携帯電話	
	住所				
	氏名			自宅電話	
				携帯電話	
	住所				

※入所後の連絡先はできるだけ2ヶ所記入してください。

2、確認事項欄

緊急事由 ※注1	具体的に記入してください。				
利用期間	年 月 日( ) ～ 年 月 日( )				
利用者の 身体状況等 ※注2	身体状況	寝たきり 移動は車椅子 自立歩行 その他( )			
	認知症症状	無 有	程度、具体的な症状:		
	感染症状	無 有	具体的な症状:		
	その他 留意事項				
区分支給限度基準額	基準額内 ・ 超える				

※注1 緊急事由欄には、介護者の誰が、どのような事由で、いつまで介護ができないか、他に介護する者がいないなど具体的に記入してください。

※注2 利用者の身体状況等により、医療機関の治療が必要な場合など利用できないことがあります。

3、事前調整結果欄

利用の可否	利用可能です ・ 利用できません(理由: 満床 ・ その他 )
施設名	
利用期間	年 月 日( )～ 年 月 日( )

※ 短期入所利用にあたっては、介護保険上の利用手続きが必要となります。