

## 短期入所床の特養床への一時的活用申出書

被 保 険 者	氏 名		番 号												
	住 所														
<p>申請理由</p> <p>1. 被保険者が認知症であり、同居している家族等の介護が困難なため</p> <p>2. 同居している家族が高齢、病気等のため十分な介護が出来ないため</p> <p>3. その他 ( )</p>															
<p>※以下は介護支援専門員（介護支援事業者）が記入してください</p>															
<p>現在の状況（詳しく書いてください）</p> <p>1. 身体の様況</p>															
<p>2. 家庭の様況（家族構成、介護者の身体の様況等）</p>															
<p>3. その他</p>															

上記のとおり短期入所サービス床の特別養護老人ホーム（特養）床としての一時活用を受けなければ在宅介護の継続が困難であるため申し出ます。

なお、特養床に空床が生じた場合には、速やかに特養本体に移動することを遵守いたします。

鹿 沼 市 長 宛

年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印

事業者名 \_\_\_\_\_ 印

(担当者氏名) \_\_\_\_\_