

グループホームあいむ 緊急ショートステイ申請書

令和 年 月 日

申請者 氏名
(事業所名：)

住所

電話番号

次の事由により、緊急ショートステイを依頼します。

利用希望者名	
利用期間	令和 年 月 日 ~ 月 日
利用を希望する理由	☐ 家族理由 (☐体調不良 ☐入院 ☐仕事 ☐レスパイト ☐その他) ☐ 本人理由 (☐ 体調不良 ☐ BPSD 増悪 ☐ その他) ☐その他 ()
認知症診断の有無	有 ・ 無 (診断名：)
備考	

※ご利用者様の状況によって「緊急対応加算（200 単位、最大 7 日間）」が発生する場合がございます。その場合は、ご家族様・ケアマネージャー様にも利用開始前にお知らせさせていただきます。

※緊急ショート最大の連泊日数は原則6泊7日まで（やむを得ない場合の延長については応相談）です。介護保険法で定められた日数となりますのでご理解のほどよろしくお願い致します。