

別紙

過去10ヶ月間の 入院・入所の 有無	介護者	有	・	無
	ねたきり老人等	有	・	無
有の場合 病院、施設等の名称 及び 入院、入所の期間	名称			
	期間	年	月	日から
		年	月	日まで
	名称			
	期間	年	月	日から
		年	月	日まで
	名称			
	期間	年	月	日から
	年	月	日まで	

支給対象期間における 短期入所（ショートステイ）の利用		有	・	無
有の場合 利用期間及び 利用日数	月			日
	月			日
	月			日
	月			日
	月			日
	月			日

※短期入所（ショートステイ）を月16日以上利用している場合、その月は支給対象となりません。