

## 船橋市協力医療機関短期入所事業運営要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、医療ニーズが高く、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設への短期入所が困難な要援護高齢者に対し、医療機関への短期入所事業（以下「事業」という。）を実施し、在宅生活の継続の一助とすることを目的とする。

### (施設)

第2条 事業を実施する施設は、予め一般社団法人船橋市医師会が指定した医療機関とする。

### (利用の要件)

第3条 事業を利用することができる要援護高齢者は、次に掲げる要件を備えたものとする。

- (1) 市内に居住していること。
- (2) 介護者の疾病、出産、事故、冠婚葬祭その他のやむを得ない理由により、介護を受けることが一時的に困難であること。

### (入所期間)

第4条 入所の期間は、14日以内とする。ただし、市長がやむを得ないと認めるときは、必要最小限の範囲で当該期間を延長することができる。

### (利用の申請)

第5条 事業を利用しようとする要援護高齢者又はその介護者は、船橋市協力医療機関短期入所申請書（第1号様式）により主治医の紹介状を添えて、市長に申請しなければならない。ただし、主治医の紹介状については、主治医より当該施設に直接提出してもよいものとする。

### (利用可否の決定等)

第6条 市長は、前条の規定による申請を受理したときは、その内容を審査するとともに、必要な調査を行い、利用の可否を決定し、その旨を船橋市協力医療機関短期入所利用可否決定通知書（第2号様式）により、当該申請者に通知する。

- 2 市長は、前項の規定による利用の決定をしたときは、船橋市協力医療機関短期入所依頼書（第3号様式）により当該施設に入所依頼をする。

### (利用の中止・変更等)

第7条 前条の規定により利用を認められた要援護高齢者又はその介護者は、自己の都合その他の事由により、利用を中止または変更しようとするときには、船橋市協力医療機関短期入所申請事項変更依頼書（第4号様式）により速やかに市長に届け出なければならない。

2 市長は、前項の変更届を受理したときは、その内容を審査し、変更内容の内、利用の中止または期間の変更を決定したときには、船橋市協力医療機関短期入所変更決定通知書（第5号様式）により、変更事項を申請者に通知する。

3 市長は、前項の規定による変更決定をしたときは、船橋市協力医療機関短期入所変更通知書（第6号様式）により当該施設に中止または変更の通知をする。

（送迎）

第8条 要援護高齢者の送迎は、介護者の責任において行うものとする。

（費用）

第9条 この事業を利用した際にかかる費用については、要援護高齢者又はその介護者が当該施設に直接支払うものとする。

（その他）

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附 則

この要綱は、平成14年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年7月1日から施行する。

第1号様式

年 月 日

船橋市協力医療機関短期入所申請書

船橋市長 あて

申請者 住所  
氏名  
電話

下記のとおり協力医療機関短期入所事業による短期入所を申請します。

入所者	住 所		電話番号	
	氏 名		男・女	生年月日
病名及び 既往歴	病名	既往歴		
申請理由	1.介護疲労 2.冠婚葬祭 3.災害 4.出張 5.介護者疾病 6.その他 ( )			
入所期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
対象者の 身体状況	・食事：		・排泄：	
	・歩行：		・会話：	
	・衣服着脱：		・保清：	
	・理解：			
	・その他（要介護 ・ ）			
主治医の 状況	( ) 病院・医院・診療所・クリニック ( 科) 医師			
医療器具 の状況	・気管カニューレ		・吸引処置	・褥創処置
	・胃ろう	・インシュリン注射	・カテーテル挿入 (部位 )	
感染症の 有無	・MRSA ・C型肝炎 ・その他 ( )			
担当 ケアマネジャー	所属	氏名	連絡先	
その他				

第2号様式

第 号  
年 月 日

船橋市協力医療機関短期入所利用可否決定通知書

様

船橋市長

年 月 日付で申請のあった船橋市協力医療機関短期入所の利用について、下記のとおり決定したので通知します。

記

1・利用を認める。

入所者氏名	
入所期間	年 月 日から 年 月 まで ( 日間)
利用医療機関名	
利用医療機関所在地	

2・利用を認めない。

理由

第3号様式

第 号  
年 月 日

船橋市協力医療機関短期入所依頼書

様

船橋市長

年 月 日付で、下記の者より船橋市協力医療機関短期入所の申請があり、内容を審査したところ短期入所が必要と決定しましたので、貴施設に入所を依頼いたします。

記

1. 氏 名
2. 住 所 船橋市
3. 入所期間 年 月 日から 年 月 日まで

※添付書類

医療機関短期入所申請書  
主治医の紹介状

船橋市協力医療機関短期入所申請事項変更依頼書

船橋市長 あて

申請者 住所  
氏名  
電話

年 月 日付で利用を申し込んだ船橋市協力医療機関短期入所について、下記理由により（ 中止 ・ 変更 ）をしたくお届けします。

記

1. 利用者

- 1) 氏 名
- 2) 住 所 船橋市

2. 変更等の内容

1) 利用を中止する

利用予定期間： 年 月 日～ 年 月 日  
中止の理由：本人の体調不良・その他（ ）

2) 利用期間を変更する

利用予定期間： 年 月 日～ 年 月 日  
変更後期間： 年 月 日～ 年 月 日  
期間変更の理由：（ ）

3) 利用者の住所等を変更する

- ①住所 船橋市
- ②電話番号
- ③その他 （ ）

第5号様式

第 号  
年 月 日

船橋市協力医療機関短期入所変更決定通知書

様

船橋市長

年 月 日付で届け出のありました、船橋市協力医療機関短期入所申請事項変更依頼につきまして、下記のとおり決定いたしましたので通知いたします。

記

1. 利用者

- 1) 氏 名
- 2) 住 所 船橋市

2. 変更決定の内容

1) 利用を中止する

利用予定期間 年 月 日～ 年 月 日

2) 利用期間を変更する

利用予定期間 年 月 日～ 年 月 日  
変更後期間 年 月 日～ 年 月 日

船橋市協力医療機関短期入所変更通知書

様

船橋市長

年 月 日付、船包第 号にて依頼いたしました、船橋市協力医療機関短期入所の申請につきまして、申請者から変更依頼の届け出があり、調査の結果以下のとおり決定しましたので、通知いたします。

記

1. 利用者

- 1) 氏 名
- 2) 住 所 船橋市

2. 変更等の内容

1) 利用を中止する

利用予定期間： 年 月 日～ 年 月 日  
中止の理由：本人の体調不良・その他（ ）

2) 利用期間を変更する

利用予定期間： 年 月 日～ 年 月 日  
変更後期間： 年 月 日～ 年 月 日  
期間変更の理由：（ ）

3) 利用者の住所等を変更する

- ①住所 船橋市
- ②電話番号
- ③その他 （ ）