

要介護認定有効期間の半数を超える短期入所についての理由書

☐新規 ☐継続

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	0						提出日 令和 年 月 日
	氏 名											
	要介護認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日										
	要 介 護 度						要介護認定有効期間半数日数					日
要介護認定期間中の 短期入所利用日数		当月までの利用日数（A）					翌月の利用予定日数（B）					累積日数（A）+（B）
本人・家族の状況及び介護力等												
有効認定期間の半数を超えてサービスの利用が必要な理由												
現在検討中のサービス等 （施設の申込み等） ※申込み時期・申込み施設等を具体的に記載												
指定居宅介護支援事業所										介護支援専門員		
連絡先		() -										

備考

- ・ 認定有効期間のおおむね半数を超えると見込まれる月の前月末までに提出してください。
- ・ 添付書類 ☐居宅サービス計画書（第1表～第3表）または介護予防サービス・支援計画表（利用者の同意があるもの）
☐サービス担当者会議の要点

					受付印
課長	副課長	係長等	係	担当	