

短期入所生活(療養)介護利用日数がおおむね半数を超える理由書

新規 継続

年 月 日

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号				
	氏名			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
	住所	羽咋市			性別	男・女		
	要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5						
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
要介護認定期間中の 短期入所利用日数		前月までの 利用日数(1)	当月の利用 予定日数(2)	累積日数(1)+(2)	認定有効期間日数			
		日	日	日	日			
利用者の状況 (身体状況、生活状況、サービスの利用状況等)		現在利用しているサービス						
家族の状況 (家族構成、介護者の心身の状況、介護の状況等)								
認定有効期間の 半数を超える理由								
施設の申込状況 (施設名・申込時期)								
今後の支援方針								
居宅介護(介護予防)支援事業者名								
計画作成担当者						電話番号		

※短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間のおおむね半数を超える見込みとなったとき(次月の計画で超える場合)に、この理由書とケアプランの写しを提出すること。
 ※次期有効期間においても同様に、おおむね半数を超える見込みとなったときに再提出すること。

室長	室長補佐	係長	係