年　　月　　日

短期入所利用(認定有効期間の半数を超える)に係る理由書

事業所名称

事業所電話番号

介護支援専門員

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | | 年　 月 　日(　　歳) | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | 要介護度 | | 支 1 2 介 1 2 3 4 5 | | |
| 被保険者住所 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間中の  短期入所利用日数 | | | 認定有効期間の  半数を超える日 | | | | | | | | | 前月までの  利用日数 | | 当月の利用  予定日数 | |
| 年　　　月　　日 | | | | | | | | | 日 | | 日 | |
| 短期入所サービスの位置付けおよび利用日数に関する本人・家族への説明 | | | | | | | | | | | | | | | 未 ・ 済 |
| 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム、小規模多機能型居宅介護  有料老人ホームなどの説明 | | | | | | | | | | | | | | | 未 ・ 済 |
| 短期入所利用が必要な理由  ※足りない場合は別紙(任意書式)を追加してください。 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 施設等申込みの状況 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 入所待ち順位 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 今後の支援の方向性 | | |  | | | | | | | | | | | | |

※認定有効期間の半数を超える前に「ケアプラン・基本情報」と共にご提出ください。