

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。