認定の有効期間の半数を超える短期入所の利用についての理由書

　　　　年　　月　　日

（提出先）　新座市長

事業所名

介護支援専門員氏名

連絡先

以下の被保険者は、令和　　　年　　　月に〔短期入所生活介護・短期入所療養介護〕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ので、その理由を届出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 被保険者氏名 |  | 要介護度 |  |
| 住所 | 新座市 |
| 要介護認定有効期間 | 　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　　日間） |
| 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⑴ | 当月の利用予定日数⑵ | 当月までの累積日数⑴+⑵ |
| 日 | 日 | 日 |
| 要介護認定有効期間の半数を超える理由短期入所サービスが必要な理由、本人の身体状況、生活状況、サービスの利用状況、家族構成、家族の介護協力など（足りない場合は適宜別紙を追加してください。） |  |
| 今後の方針施設の申込み等 |  |

以下市記入欄

〔必要書類〕

収受印

|  |  |
| --- | --- |
| □居宅サービス計画書（１表から３表）□サービス担当者会議の要点 | ：**直近**のもの |
| □サービス利用表・別表：**半数を超える月**のもの |