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

該当するサービス種類を○で囲んでください

短期入所サービスの利用期間が要介護認定期間の半数を超える月を記入してください

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。） | 半数を超える月の利用表別表の左下部分を参考に記入してください現在入所を予定している施設の種類や、入所予定の時期等を具体的に記入してください。また、申込をしていない場合はその理由を具体的に記入してください |
| 今後の方針施設の申込み等 |  |

以下市記入欄

〔必要書類〕

この理由書に左記の書類を添付して提出してください。

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 |