

要介護認定有効期間の半数を超える短期入所の理由書

年 月 日

届出者 事業所番号
 所在地
 事業所名称 ㊤
 電話番号 ()
 介護支援専門員氏名

要介護認定の有効期間の半数を超える短期入所の理由については、次のとおりです。

被 保 険 者	被保険者番号											新規申請 <input type="checkbox"/>	継続申請 <input type="checkbox"/>
	フリガナ								生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
	氏名								性別	男 ・ 女			
	現在の要介護 状態区分等	要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5							認定有効期間の日数 日				
		有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで											
	要介護認定の有効期間 中の短期入所利用日数	本理由書の提出日前日までの利用日数 日							本理由書の提出日以降の利用予定日数 日 合計 日				
利用者の状況 (心身状況、生活状況、サービスの利用状況、家族の介護協力等)													
有効認定期間の半数を超える理由													
現在検討中のサービス等 (特養の入所待ちの場合は、施設の申し込み状況を、申し込み施設名、申し込み時期、待機の状況等具体的に記載)													

備考

- この理由書は認定の有効期間内に短期入所サービスの利用がおおむね半数を超える見込みとなったとき(次月の予定で超える場合)に提出すること。なお、次期有効期間においても同様におおむね半数を超えることになった場合は再度提出すること。
- 添付資料 アセスメントシート・居宅介護サービス計画書(第1表～第7表)の写し

【以下、我孫子市確認欄】

上記内容及び添付資料により確認した結果、「特に必要と認められる場合」に該当するものと判断します。

確認者