年　　月　　日

姶良市長　様

事業所名

介護支援専門員氏名

要介護認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用について

　下記の者における要介護認定有効期間の半数を超える短期入所サービスの利用について、理由書を提出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | 性　別 | 男・女 |
| 住　所 |  |
| 要介護状態区分 | 要支援１･要支援２･要介護１･要介護２･要介護３･要介護４･要介護５ |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　（認定有効期間の合計日数：　　　日） |
| 短期入所利用実績 | 　年　　月～　　　年　　月の利用日数 | 日 |
| 認定有効期間の半数を超える理由（具体的に記載すること） |  |
| 施設入所申込状況（該当に○） | 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設認知症対応型共同生活介護・有料老人ホームその他（　　　　　　　　　　　）・申込していない |
| 添付書類 | サービス担当者会議の記録、居宅サービス計画の写し |

※この用紙は短期入所の利用日数が認定有効期間の半数を超えると見込まれる月の前月末までに提出すること。

※ケアプラン及び担当者会議録を添付すること。