

短期入所利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の理由書

和光市長 様

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

短期入所利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の理由書については以下の通りです。

被 保 険 者	被保険者番号											申請日	年	月	日			
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日	( )	歳
	氏名											性別	男 ・ 女					
	住所	〒										電話番号 ( )						
	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																
	短期入所利用中の施設名称																	
要介護認定の有効期間中 の短期入所利用日数	理由書の提出前日までの利用日数										日							
	理由書の提出日以降の利用日数										日 合計 日							
該当する理由		<input type="checkbox"/> 施設入所等、他サービスへの移行が予定されているが、一時的に調整を要する (移行予定時期： 年 月頃) (移行予定の施設等の名称： ) <input type="checkbox"/> 家族の急な入院等、一時的に介護者が不在となった (不在期間： 年 月 日 から 年 月 日) <input type="checkbox"/> 退院直後等、利用者の状態が不安定で、一時的に短期入所の利用日数が増加した (退院日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他のやむを得ない理由 ( )																
特筆すべき利用者の状況 (心身の状況、生活状況、 介護環境等)																		
今後の方針																		

添付資料：下記書類の写しを添付してください。

- ①居宅サービス計画書(第1～3表)又は介護予防サービス・支援計画書(直近分)
- ②サービス担当者会議の要点(短期入所サービス利用の必要性について議論しているもの)
- ③サービス利用票、サービス利用票別表(属する月分及び、前月分の利用実績が記載されたもの)
- ④課題分析表(アセスメント表、フェイスシート等これに相当するもの)又は利用者基本情報