

認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用に関する理由書

鴨川市長 様

令和 年 月 日

下記のとおり、短期入所利用日数が介護認定有効期間のおおむね半数を超える見込みであるため、関係書類を添えて届出します。

<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	事業所名	
	担当介護支援専門員名	
	連絡先	

被保険者番号	被保険者氏名	
--------	-------	--------	--

認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
--------	---------------------

短期入所サービスの利用実績および今後の利用予定

利用者の状況 (心身の状況や生活状況など ※在宅生活上の問題については特に詳細に記入願います)

家族の状況および介護力 (同居の家族以外も含む)

利用者および家族の意向

利用者・・・

家族・・・

今後の方針

◎施設入所の申込状況

① 施設名： 申込年月 年 月

② 施設名： 申込年月 年 月

③ 施設名： 申込年月 年 月

他の居宅サービスの検討状況

確認事項	<input type="checkbox"/> 短期入所サービスの位置づけおよび利用日数に関する本人・家族への説明 <input type="checkbox"/> 直近の居宅サービス計画書(第1表～第4表)の添付
------	---