

短期入所サービス利用日数が認定有効期間の半数を超過する理由書

		行 方 市										
フリガナ		被保険者番号										
被保険者												
生年月日		明・大・昭 年 月 日 (歳)						性別		男 ・ 女		
住 所		〒						電話				
要介護状態区分		要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)										
認定有効期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間										
利用計画日数		月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	合計
		日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
利用実績		日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
家族構成 (同居人)		氏 名			続柄		生年月日			年齢	性別	備 考
							明・大・昭 年 月 日			歳	男・女	
							明・大・昭 年 月 日			歳	男・女	
							明・大・昭 年 月 日			歳	男・女	
							明・大・昭 年 月 日			歳	男・女	
							明・大・昭 年 月 日			歳	男・女	
短期入所サービス利用日数が認定有効期間の半数を超える理由												
添付書類 ケアプラン： 第1表 ・ 第2表 ・ 第7表(サービス利用票) ・ 第8表(サービス利用票別表) その他 : ※第7表・第8表は直近のものを添付願います。												
指定居宅介護 支援事業所		事業所名										
		住 所								電話		
担当介護支援専門員												
(本人・家族等記入)												
住所 氏名 被保険者との関係 上記の内容を確認しました。												
提出先		行方市介護福祉課					提出日		年 月 日			

※注意 この理由書は、短期入所サービスを利用し、その利用日数が要介護認定期間の半数を超えると見込まれる場合に提出してください。