

短期入所利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える理由書

年 月 日

新温泉町長 様

事業所名

介護支援専門員氏名

印

被保険者氏名			被保険者番号		
生年月日	明・大・昭	年	月	性別	男 ・ 女
住所					
要介護状態区分	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 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)	1 本人の状況				
	2 家族の状況				
	3 短期入所利用の継続のやむを得ない理由				
現在検討中のサービス (施設申込み等)					
添付書類	居宅サービス計画第1表、第2表 サービス担当者会議の要点				