

短期入所サービスの長期利用届出書（理由書）

届出日 令和 年 月 日

中泊町長様

事業者番号	
事業者名	印
住 所	
電話番号	
介護支援専門員 氏 名	

下記の理由により、短期入所サービスの利用日数が要介護認定の有効期間の概ね半数を超えるので、次のとおり届け出ます。

被保険者	フリガナ				被保険者番号		
	氏 名						
					生年月日	明大昭	年
	住 所						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
	認定有効期間	年 月 日			～ 年 月 日		
	前月までの 利用日数	日	当月の 利用予定日数	日	累計日数	日	
認定有効期間の半 数を超える短期入 所サービス利用が 必要な理由							
今後の方針							

※この理由書は、短期入所サービスの利用日数が要介護認定の有効期間の概ね半数を超えると見込まれる月に提出してください。

【添付書類】

- 要介護の方 ◆居宅サービス計画書 1～3表（写） ◆サービス担当者会議の要点（写）
要支援の方 ◆介護予防サービス・支援計画書（写）
◆支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）（写）