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　　月　　日 |
| 住　所 |  |
| 要介護度 | □要支援１ □要支援２ □要介護１ □要介護２ □要介護３ □要介護４ □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）