

要介護認定有効期間の半数を超える短期入所サービスを必要とする理由書

被保険者氏名						生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日						
住 所													
被保険者番号						要 介 護 度	要支援（ ）・ 要介護（ ）						
認 定 期 間	年 月 日 ～					年 月 日（ ヶ月）							
認定有効期間中の短期入所サービス利用計画実績及び今後の利用予定								当月末累積利用日数			日		
利 用 月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
利用日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	
利 用 月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
利用日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	
○利用者や介護者の状況（身体状況・生活状況・サービス利用状況等を詳しく記入して下さい。）													
○認定有効期間の半数を超えて利用する理由（利用者・家族等の意向を詳しく記入して下さい。）													
○施設等申し込み状況（申し込みをしている施設名等）													
○今後の支援の方針													
神石高原町長 様 上記理由により、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ため、必要書類を添えて届出します。 年 月 日 居宅介護支援事業所名 担当介護支援専門員名													
添付書類 ☐ アセスメント表 ☐ 居宅サービス計画書（第1表,第2表,第3表）（写） ☐ サービス担当者会議の要点（写）													

神石高原町記載欄 上記内容について確認しました。 令和 年 月 日 ☐ 承認 ☐ 不承認	受付印
---	-----

※裏面もご確認ください。