

短期入所サービスについて要介護認定有効期間の  
おおむね半数を超える利用を必要とする理由書

まんのう町長 様

年 月 日

居宅介護支援事業所名  
介 護 支 援 専 門 員

印

次のとおり理由書を提出致します。

|                                       |       |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   |     |  |
|---------------------------------------|-------|---|---|---|---|------------------|----------------------|-----------------|---|---|-----|--|
| 被保険者番号                                |       |   |   |   |   | 生年月日             | 明・大・昭                |                 | 年 | 月 | 日生  |  |
| 氏 名                                   |       |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   | 男・女 |  |
| 住 所                                   | まんのう町 |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   |     |  |
| 要介護度                                  |       |   |   |   |   | 認定の有効期間          | 年 月 日から<br>年 月 日まで   |                 |   |   |     |  |
| 入所申込の有無                               | 有 ・ 無 |   |   |   |   | 入所申込施設<br>( ) 力所 | 第 1 希望 :<br>第 2 希望 : |                 |   |   |     |  |
| 認定有効期間のうち今までの利用状況                     |       |   |   |   |   |                  |                      | 当月末累積利用日数 ( ) 日 |   |   |     |  |
| 利用月                                   | 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   |  |
| 利用月                                   | 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   |  |
| 利用月                                   | 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   |  |
| 認定有効期間のうちおおむね半数以上の利用を必要とする理由及び今後の利用予定 |       |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   |     |  |
| 利用施設 :                                |       |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   |     |  |
|                                       |       |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   |     |  |
|                                       |       |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   |     |  |
|                                       |       |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   |     |  |
|                                       |       |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   |     |  |
|                                       |       |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   |     |  |
|                                       |       |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   |     |  |
|                                       |       |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   |     |  |
|                                       |       |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   |     |  |
|                                       |       |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   |     |  |
|                                       |       |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   |     |  |
|                                       |       |   |   |   |   |                  |                      |                 |   |   |     |  |