

有効期限の半数を超える短期入所に係る理由書

年 月 日

伊予市長 殿

事業所名称

住所

連絡先

介護支援専門員名

下記理由により、有効期限の半数を超える短期入所に係る理由書を提出します。

理由書の提出	<input type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 継続	
フリガナ	被保険者番号	
被保険者名		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 ・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日	年 齡 歳
住 所	〒	
要介護区分	要介護 <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4 ・ <input type="checkbox"/> 5	要支援 <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2
認定有効期限	年 月 日 ～ 年 月 日	
有効期限の半数日数	半数を超える月	短期入所利用累積日数 (半数を超える月の予定も含む)
日	年 月	日
利用者の状況等(身体状況、介護状況、サービス利用状況など)		
短期入所日数が有効期限の半数を超える理由(必要性について詳細を記入)		
今後の方針		
施設等への申請状況	申請中の場合施設の種類、待機状況等	
<input type="checkbox"/> 申請中 ・ <input type="checkbox"/> 未申請		

- 要介護者申請添付書類 居宅サービス計画書第1表～第4表
- 要支援者申請添付書類 介護予防サービス・支援計画書、サービス担当者会議の要点