

神山町長 殿

短期入所サービス長期利用理由書

居宅介護支援 事業所名	印
住 所	
電話番号	
介護支援 専門員名	印

以下の被保険者について、短期入所の利用日数が要介護認定有効期間の半数を超えることが見込まれますので、届け出ます。

被保険者名		被保険者番号	20000	
住 所			性 別	☐ 男 ☐ 女
生 年 月 日	M ・ T ・ S 年 月 日		() 歳	
要支援・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 まで			

利用者の状況及び理由について

①利用者の状況等 ※身体状況、生活状況、 サービス利用状況、 家族の介護協力等	
②他のサービス利用 状況	
③施設申込み状況 ※申込み施設や 申込日、待ち人数等	
④短期入所サービスを 長期利用する理由	

(注意)

- ※ 理由書提出の際に、居宅介護サービス計画書(第1表～第4表)を添付してください。
- ※ 短期入所の利用日数が、要介護認定有効期間の半数を超えることが見込まれる一か月前を目安に提出してください。
- ※ 次期有効期間において、同様に半数を超える見込みとなる場合は、再度、理由書を提出してください。