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理由書

　　年　　月　　日

　奥　州　市　長　　殿

事　業　所　名

事業所代表者氏名

担 当 者 氏 名

連絡先電話番号

（介護予防）短期入所生活（療養）介護を利用する日数が要介護（支援）認定の有効期間のおおむね半数を超えるため、その理由について次のとおり届け出ますので承認願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 性別 | 男　　・　　女 |
| 住所 | 〒 |
| 要介護等状態区分 |  |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　　　～　　　　　　　年　　月　　日 |
| 利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える理由 | 本人の状況身体や疾病の状況等も記載すること | 　 |
| 長期利用となっている理由家族の状況や意向等も記載すること | 　 |
| 今後の方針 | １．施設入所待機中（申込施設　　　ヶ所）２．施設入所の申込を検討中３．在宅等での生活を検討中４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【添付書類】居宅サービス計画（１）、居宅サービス計画（２）、週間サービス計画表、サービス利用票（利用日数が認定有効期間の半数を超える予定月の利用票及びその前月の利用票を添付すること。その際、「前月までの短期入所利用日数」欄に利用日数累計を記載すること。）

【留意事項】・理由書は月次の利用計画作成の際、有効期間の半数を超えるに至った場合、速やかに提

出してください。

　　　　　 ・「本人の状況」及び「長期利用となっている理由」欄に記載しきれない場合は別紙として

　　　　　　 作成し添付してください。