

認定有効期間の半数以上の短期入所サービスを必要とする理由書

令和 年 月 日

被保険者番号										被保険者氏名			
認 定 期 間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日												
認 定 期 間 中 の 利 用 実 績・計 画 (理由書提出時点での認定期間中の実績と今後の計画見込を記入して下さい)													
年	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
日数													
累積													
年	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
日数													
累積													
年	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
日数													
累積													
利用短期入所施設								長期ショート利用開始日		年 月			
家族構成													
被保険者の身体状況													
短期入所サービスが必要となる理由													
今後の方針													
1 施設入所（申込済施設名 申込年月 待機順位（入所見込））													
2 在宅へ戻る（今度の展望）													
3 その他（）													
居 宅 介 護 支 援 事 業 所										作成ケアマネジャー氏名			
印													

※アセスメントシート サービス担当者会議の要点 を添付してください。
※認定有効期間の概ね半数の利用を超える月の前月 20 日までに介護保険課へ提出して下さい。