

認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所利用に関する理由書

令和 年 月 日

三戸町長 殿

事業所の所在地

事業所名称

印

代表者氏名

事業所電話番号

-

-

居宅介護支援専門員氏名

短期入所の利用日数が、認定有効期間のおおむね半数を超えるため、下記のとおり届け出ます。

記

フリガナ													
被保険者氏名									被保険者番号				
住 所	〒 三戸町大字 電話番号 - -												
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	(歳)	性別	男	・	女			
認定有効期間	年	月	日	～	年	月	日	(ヵ月)				
短期入所利用施設名													
認定有効期間中の利用日数 (理由書提出時点での実績と今後の計画を記入してください)													
利用年月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
利用(予定)日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	
累 計	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	
利用年月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
利用(予定)日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	
累 計	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	
被保険者の状況	要介護状態区分						障害高齢者自立度				認知高齢者自立度		
認定有効期間のおおむね半数を超える理由													
介護保険施設等の申込み状況 (申込み施設名・申込み年月を記入してください)	1. 申込みなし 2. 介護保険施設等 () 3. その他 (詳細)												
今後の方針													

※添付書類
(いずれも直近のもの)

※提出時期

アセスメントシート 居宅サービス計画書 サービス利用票
サービス利用票別表 サービス担当者会議の要点
認定有効期間のおおむね半数を超えると見込まれる月の前月末まで