

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

令和〇〇年〇月〇日

三戸町長 殿

事業所の所在地

記入例

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	サンハ タロウ		被保険者番号	000098765								
被保険者氏名	三戸太郎											
住所	〒039-0000		三戸町大字 〇〇字△△ □-□ 電話番号 XXXX-XX-XXXX									
生年月日	明・大・昭 3年3月1日 (〇〇歳)		性別	男・女								
認定有効期間	令和〇〇年〇月〇日 ~ 令和〇〇年〇月〇日 (〇〇ヵ月)											
短期入所利用施設名	ショートステイ〇〇		ショートステイ△△									
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	7月	8月	9月	10月	11月	12月	H27.1月	H27.2月	月	月	月	月
利用(予定)日数	28日	28日	28日	28日	29日	(28)日	(28)日	(27)日	日	日	日	日
累計	28日	56日	84日	112日	141日	(169)日	(197)日	(224)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	要介護4		障害高齢者自立度	B2			認知高齢者自立度	IIIa			
	本人の状況(生活環境、生活状況等)、心身の状態等を詳しく記入してください。											
認定有効期間のおおむね半数を超える理由	どのような理由により認定有効期間のおおむね半数を超えるのか、具体的に記入してください。											
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 (特別養護老人ホーム〇〇(平成26年4月)) 3. その他(詳細)											
今後の方針	施設への入所・在宅復帰の可能性等、今後の支援の方向性を見通しについて記載してください。											

※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サービス利用票別表居宅サービス計画書サービス担当者会議の要点サービス利用票

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