

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

年 月 日

被保険者番号													保険者氏名		
認定期間	年 月 日 ~					年 月 日									
介護度及び 最大利用 可能日数	要支援 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5										日/月				
認定期間中の利用実績・計画 (理由書提出時点での実績と今後の計画見込みを記入して下さい。)															
	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
日数															
累積															
期間の半数を超えた利用を必要とする理由 (利用者の心身・家族の状況等記入して下さい)															
(居宅サービス計画書も併せて提出して下さい)															
居宅介護支援事業所										作成ケアマネージャー氏名					
印															

※ 概ね半数の利用を超える月の前月20日までに介護保険係へ提出して下さい。

※ 保険者確認欄

確 認 状 況		入 力	受 付
確認済	確認者印		
	確認番号		

※ご要望があれば写しをお返しいたします。