年　　月　　日

短期入所利用(認定期間の半数を超える)に係る理由書

(宛先)　入間市長

事業所所在地

事業所名称

事業所電話番号

介護支援専門員　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | 要介護度 | 支 1 2 介 1 2 3 4 5 | | |
| 被保険者住所 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定期間 | | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日(　　　日間) | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定期間中の短期入所利用日数 | | | 認定有効期間の  半数を超える日 | | | | | | | | 前月までの  利用日数 | | 当月の利用  予定日数 | 当月までの  累積利用日数 |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | 日 | | 日 | 日 |
| 短期入所サービスの位置付けおよび利用日数に関する本人・家族への説明 | | | | | | | | | | | | | | 未 ・ 済 |
| 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム、小規模多機能居宅介護  有料施設などの説明 | | | | | | | | | | | | | | 未 ・ 済 |
| 短期入所利用が必要な理由  (足りない場合は別紙(任意書式)を追加してください。 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 施設等申込みの状況 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 今後の支援の方向性 | | |  | | | | | | | | | | | |

※認定有効期間の半数を超える前にご提出ください。