認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用に関する理由書

年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭年　　月　　日 |
| 現住所 | 浪江町 |
| 避難先住所 |  |
| 要介護状態区分 | 要支援・要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５ |
| 認定有効期間 | 　　　　　年　　月　　日～　　　　　年　　月　　　日 |
| 認定有効期間内の短期入所利用状況 | 　　　　　年　　月現在の短期入所利用日数の累計　　　　　日 |
| 居宅介護支援事業所 |  |
| 介護支援専門員氏名 |  |

認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用する理由

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※この理由書にサービス担当者会議の要点（第４表）を添付してください。

［保険者確認欄］

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 補佐 | 係長 | 係　　員 | 担当 | 適否区分 |
|  |  |  |  |  | □利用が適当と判断する。□利用が不適当と判断する。 |