

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
					<input type="checkbox"/> 利用が適当と判断する。 <input type="checkbox"/> 利用が不適当と判断する。