認定有効期間の半数を超える短期入所サービス提供理由書

年　　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 事業者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | 事業者名 |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 計画作成担当者名 |  |
| 住所 | 　　 | 事業所の所在地 |  |
| 要介護状態区分 |  | 電話番号 |  |
| 認定有効期間 | 　　　　　年　　月　　日　　～　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認定有効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 |
| 年　　　月　　日 | 　　　日 | 日 |
| 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 |  |

【市記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 事前協議 | 特記事項 |
|  |  |