短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の理由書

筑紫野市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼者　　事業所名称

所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　 　　（　　　　）

介護支援専門員氏名

短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の理由書については以下の通りです。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　被　　保　険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請日 | 　令和　　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭　 年　　月　　日　（　　）歳 |
| 氏　　名 |  | 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 | 〒 |
| 現在の要介護状態区分等 | 要支援 １・２　要介護 １・２・３・４・５ | 認定有効期間の合計日数　　 日 |
| 有効期間　　令和　　年　　　月　　　日　　から　　令和　　年　　　月　　　日　まで |
| 施設等の申込状況 | 1. 現在、入所を申し込んでいる。

施設名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）入所予定時期（令和　　　年　　月　頃）1. 申し込んでいない。
 |
| 認定有効期間中の短期入所サービス利用計画(実績及び予定)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 |
| 利用日数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用累積日数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 | 　　月 |
| 利用日数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用累積日数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 要介護認定の有効期間の半数を超える理由 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 今後の方針 |  |

添付資料：下記書類の写しを添付してください。

➀居宅サービス計画書（第１～３表）、介護予防サービス・支援計画書

➁サービス担当者会議の要点（短期入所サービス利用の必要性について議論しているもの）

➂サービス利用票、サービス利用票別表

➃課題分析表（アセスメント表、フェイスシート等）、利用者基本情報