**要介護認定有効期間の半数を超える短期入所についての理由書**

* 新規　　□　継続

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | 作　成　日  令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定有効期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 |  | | | | | 要介護認定有効期間半数日数 | | | | | | | | | 日 | |
| 要介護認定期間中の  短期入所利用日数 | | 前月までの利用日数（１） | | | | | | | 当月の利用予定日数（２） | | | | | | 累計日数（１）＋（２） | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |  | | |
| **利用者の状況等**  （身体状況，生活状況，サービスの利用状況，　家族の介護協力など） | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **有効認定期間の**  **半数を超える理由**  （在宅生活の維持・復帰に向け調整中，施設に入所できず待機中等） | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **現在検討中のサービス等（施設の申込み等）**  ※具体的に申込み時期・申込み施設名等を記載 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定居宅介護支援事業所名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | (　　　　　)　　　　－ | | | | | | | | | | | 介護支援  専門員氏名 | | | |  |