　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　富加町長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業所名：

　　　　　　　　　　　　　　　担当介護支援専門員：　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

短期入所利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える理由書

　下記理由により、短期入所利用日数が介護認定有効期間のおおむね半数を超えるので、必要書類

を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏　　名 |  | | | | 被保険者番号 | ０ | ２ | ０ | ０ | ０ | |  | |  |  | |  |  |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性　　別 | 男　・　女 | | | | 生 年 月 日 | 年　　月　　日（　　　　歳） | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 |  | | | | 認知症高齢者の  日常生活自立度 | | | | | |  | | | | | | | |
| 認定有効期間 | | | 年　　月　　日　～　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族構成 | 氏　　名 | | | 年齢 | 続柄 | 生活の状況(心身の状況・介護の状況等) | | | | | | | | | | | 同居の別 | | |
|  | | |  |  |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  |  |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  |  |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |  |  |  | | | | | | | | | | |  | | |
| 短期入所を特に必要とする理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今後の方針 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所  サービス  利用状況 | 事業所名 | |  | | | | 届出時累計利用日数 | | | | | | | 日 | | | | | |
| 事業所番号 | |  | | | | 累計利用予定日数 | | | | | | | 日 | | | | | |