# 短期入所生活（療養）介護利用日数がおおむね半数を超える理由書

| 被保険者氏名 | 被保険者番号 | |
|---|---|---|
| （フリガナ） | | |
| | 生年月日 | 性別 |
| | 年　月　日 | 男 ・ 女 |

| 被保険者住所 |
|---|
| |

| 認定期間 | 介護度 |
|---|---|
| 年　月　日 ～ 年　月　日 | 支援・介護　1　2　3　4　5 |

| 短期入所サービス利用事業所名 | 利用開始日 |
|---|---|
| | 年　月　日 |

| 本人の状況 |
|---|
| |

| 長期利用となっている理由（家族の意向等も含む） |
|---|
| |

| 今後の方針 |
|---|
| 1.　入所申込み中 |
| 2.　入所を検討中 |
| 3.　在宅を検討中 |
| 4.　その他（　　） |

上記理由により、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、届出します。

年　月　日

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員　氏名

連　絡　先

**市記入欄**

| | 係員 | 係長 | 課長 |
|---|---|---|---|
| | | | |