**短期入所サービス日数が要介護認定有効期間の概ね半数を超える理由書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当居宅介護支援事業所名 | 担当ケアマネジャー | 提出回数 |
|  |  |  |
| フリガナ |  | 被　保　険　者　番　号 |
| 被保険者名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | 〒　　　　- | 性別 | 男　　女 |
| 生年月日 | 　明・大・昭　　　年　　　月　　日　（　　　　歳） |
| 認定有効期間 | 　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　　月　　日まで（　　　ヶ月） |
| 利用限度日数 | （　　　　）日　※認定期間半年の場合90日，1年の場合180日　2年の場合360日 |
| 利用施設名 |  |
| 本人の状況 | 要介護状態区分 |  | 障害高齢者自立度 |  | 認知高齢者自立度 |  |
| 本人の状態・意向及び家族構成等※ |  |
| 今後の方針※ |  |
| 2回目以降の場合解消されない理由※ |  |
| 短期入所利用日数（認定期間内） | 利用年月 | 利用(予定)日 | 利用年月 | 利用(予定)日 | 利用年月 | 利用(予定)日 |
|  | 日 |  | 日 |  | 日 |
|  | 日 |  | 日 |  | 日 |
|  | 日 |  | 日 |  | 日 |
|  | 日 |  | 日 |  | 日 |
| 短期入所利用（予定）合計（　　　　年　　月分は予定） | 合計 | 日 |
| 特養入所申込調査の記入 | 有・無 | 記入した施設名 |

　　　　　　　　　　　作成日　　　　年　　月　　日

※の部分は，アセスメントや居宅サービス計画等に記載されている場合は省略可能