要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超える短期入所利用に係る理由書

　　　年　　月　　日

君津市長　様

（届出者）

居宅介護支援事業者　所在地

名称

介護支援専門員　　　氏名

　　このことについて、下記のとおり理由書を提出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | |  | | | |
| 生年月日 | | | 明・大・昭　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | 男・女 | | |
| 住所 | | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | |  | | |
| 要介護状態区分 | | | 要支援１ 要支援２ 要介護１ 要介護２ 要介護３ 要介護４ 要介護５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定有効期間 | | | 年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超える理由 | | | ＜理由＞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＜今後の支援方針＞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族の状況 | | | 氏　　　　名 | | | | | 続柄 | | | 年齢 | | | 生活の状況（職業・心身状況・介護状況） | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |
| 認定有効期間中の利用日数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 月 | 月 | | 月 | 月 | | 月 | | 月 | 月 | | | 月 | | 月 | | 月 | | | 月 | 月 |
| 利用日数 |  |  | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | | |  |  |
| 累計日数 |  |  | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | | |  |  |
|  | 月 | 月 | | 月 | 月 | | 月 | | 月 | 月 | | | 月 | | 月 | | 月 | | | 月 | 月 |
| 利用日数 |  |  | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | | |  |  |
| 累計日数 |  |  | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | | |  |  |
| 利用（見込み）短期入所サービス事業者名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類　ケアプラン１表２表（要介護認定等の有効期間をおおむね半数を超える月を含むもの）

利用票・別表（要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超える月のもの）

提出時期　要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超える月の前月の末日まで