

短期入所利用日数が要介護認定有効期間のおおむね半数を超える理由書

年 月 日

石 狩 市 長

事業所名

連絡先

担当介護支援専門員氏名

下記理由により、短期入所利用日数が要介護認定有効期間のおおむね半数を超えるので、居宅サービス計画書（第1表～第4表）を添えて届出します。

※モニタリングについて、原則は居宅での実施としますが、個々の状況によりショート先での実施も可とします。

フリガナ			保 険 者 番 号		0	1	2	3	5	1
被保険者氏名			被保険者番号							
生 年 月 日	年 月 日		性別	男 ・ 女	要介護度					
被保険者住所	〒									
家 族 構 成	氏 名（年齢）		続柄	生活の状況（心身・介護状況等）						
認 定 期 間	年 月 日 ～		年 月 日							
認定期間中の 短期入所利用 日数	短期入所生活介護の利用可能な日数				短期入所生活介護の利用日数合計					
	日				日					
利用者の状況										
認定有効期間 の半数を超える 理由										
今 後 の 方 針	1. 現在、入所を申し込んでいる。 2. 今後、入所を検討している。 3. 状況に応じて在宅へ。 4. その他									

- ・ 認定の有効期間のおおむね半数を超えると見込まれる月の前月末までに提出してください。
- ・ 添付書類は、居宅サービス計画書標準様式の第1表～第5表です。