

短期入所サービス利用日数が認定有効期間の概ね半数を超える理由書

松原市長 様

下記被保険者に係る短期入所サービスの利用日数が、認定有効期間の半数を超えると見込まれるため届出します。

年 月 日

居宅介護（介護予防）
支援事業者名

（担当者名： _____）

※ ケアプラン作成担当者（要支援者でケアプランの原案作成を委託している場合）

所属事業所名 （ _____）

氏 名 （ _____）

【対象者】

被保険者番号	0 0 0 0 0	被保険者氏名	
住 所	〒 _____	電話番号	(_____)
生年月日	_____	年 月 日	(_____ 歳)
要介護度等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
認定有効期間	_____	年 月 日	～ _____ 年 月 日
短期入所利用開始月	_____	年 月 日	～ _____
認定有効期間の概ね半数を超える月	_____	年 月	
介護（介護予防）サービス事業所の所在地・名称・担当者	所在地： _____	名 称： _____	担当者： (_____)

【利用者の状況・及び理由】

【裏面に続く】

【保険者記入欄】

受付番号	_____
特記事項	_____

確認日	_____	年	_____	月	_____	日	_____
確認印	課長	課長補佐	係長	係員			
	_____	_____	_____	_____			

【令和3年4月改訂】

【短期入所利用日数】

利用月	利用日数	利用月	利用日数	利用月	利用日数
年 月	日	年 月	日	年 月	日
年 月	日	年 月	日	年 月	日
年 月	日	年 月	日	年 月	日
年 月	日	年 月	日	年 月	日
年 月	日	年 月	日	年 月	日
年 月	日	年 月	日	年 月	日
年 月	日	年 月	日	年 月	日
年 月	日	年 月	日	年 月	日
年 月	日	年 月	日	年 月	日

*短期入所サービスの利用日数が、認定の有効期間の半数を超えると見込まれる月の前月中に、必要添付書類と共に、「短期入所サービス利用日数が認定有効期間の概ね半数を超える理由」の提出をお願いします。

【必要添付書類】

1. 居宅（介護予防）サービス計画書（写し）
直近に作成されたものであって、短期入所サービス利用日数が有効期間の半数を超える必要性が十分に検討され、その必要性が確認することができるもの
2. （介護予防）短期入所生活介護（療養）介護計画書（写し）直近に作成されたもの

(注) 1. 本理由は原則、受領日より適用されますので、利用開始までに担当者が必ず来庁の上、提出してください。(原則郵送不可)

2. 認定の更新時又は要支援・要介護状態区分の変更等があり該当する場合で継続の必要性を見直し必ず再提出してください。

3. 本理由書が受理された場合、その写しをサービス担当者会議等の記録と共に居宅介護（介護予防）支援事業所において保管してください。