短期入所サービスについて要介護認定有効期間の

おおむね半数を超える利用を必要とする理由書

琴平町長　様

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 次のとおり理由書を提出します。 | | | | | | | | | | | | 居宅介護支援事業所名 | | | | | | | |  | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | | | ㊞ | | | | |
| 被保険者番号 | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | 生年月日 | | | | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | 男　・　女 | | | | |
| 住　所 | | 琴平町 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | |  | | | | | | | | | | | | | | 認定の有効期間 | | | | 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで | | | | |
| 利用施設 | |  | | | | | | | | | | | | | | 入所申込の有無 | | | | 有　・　無 | | | | |
| 認定有効期間のうち今までの利用状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用月 | | 月 | | | 月 | | | 月 | | | 月 | | | 月 | | | 月 | 月 | 月 | | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 利用日数 | | 日 | | | 日 | | | 日 | | | 日 | | | 日 | | | 日 | 日 | 日 | | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 利用累積日数 | |  | | | 日 | | | 日 | | | 日 | | | 日 | | | 日 | 日 | 日 | | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 利用月 | | 月 | | | 月 | | | 月 | | | 月 | | | 月 | | | 月 | 月 | 月 | | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 利用日数 | | 日 | | | 日 | | | 日 | | | 日 | | | 日 | | | 日 | 日 | 日 | | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 利用累積日数 | | 日 | | | 日 | | | 日 | | | 日 | | | 日 | | | 日 | 日 | 日 | | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 認定有効期間のうちおおむね半数以上の利用を必要とする理由（本人の状況、家族の状況等）及び今後の方針について | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |
| ※保険者使用欄 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |