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 |  |
|  |