**短期入所サービス日数が要介護認定有効期間の概ね半数を超える理由書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当居宅介護支援事業所名 | | | | | | 担当ケアマネジャー | | | | | | | | | | | | | | | | | 提出回数 | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者名 |  | | | | | | | |  | |  | |  |  | | | |  |  | |  | | |  | |  |  |
| 住　　所 | 〒　　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | 男　　女 | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　日　（　　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　　月　　日まで（　　　ヶ月） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用限度日数 | （　　　　）日　※認定期間半年の場合90日，1年の場合180日　2年の場合360日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用施設名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の状況 | 要介護状態区分 | | | |  | | | 障害高齢者自立度 | | | |  | | | | 認知高齢者自立度 | | | | | | | | |  | | |
| 本人の状態・意向及び家族構成等※ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今後の方針※ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2回目以降の場合解消されない理由※ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所利用日数  （認定期間内） | 利用年月 | | 利用(予定)日 | | | | 利用年月 | | | 利用(予定)日 | | | | | 利用年月 | | | | | | | 利用(予定)日 | | | | | |
|  | | 日 | | | |  | | | 日 | | | | |  | | | | | | | 日 | | | | | |
|  | | 日 | | | |  | | | 日 | | | | |  | | | | | | | 日 | | | | | |
|  | | 日 | | | |  | | | 日 | | | | |  | | | | | | | 日 | | | | | |
|  | | 日 | | | |  | | | 日 | | | | |  | | | | | | | 日 | | | | | |
| 短期入所利用（予定）合計（　　　　年　　月分は予定） | | | | | | | | | | | | | | 合計 | | | | | | | 日 | | | | | |
| 特養入所申込調査の記入 | 有・無 | | | 記入した施設名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　作成日　　　　年　　月　　日

※の部分は，アセスメントや居宅サービス計画等に記載されている場合は省略可能