

下仁田町長 様

# 短期入所サービス長期利用の理由書

提出日 年 月 日

(※認定期間の半数を超える利用)

被保険者情報	氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女
	被保険者番号							要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
	認定有効期間	～							
居宅支援事業所名				介護支援専門員氏名					

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	
-------	--

利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数												
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数												

短期入所利用日数合計 ( 令和 年 月は予定日数)	当月末累積利用日数	0 日
---------------------------	-----------	-----

短期入所サービスの位置付けおよび利用日数に関する本人・家族への説明	未 ・ 済
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム、有料施設などの説明	未 ・ 済
在宅生活維持・復帰の可能性	無 ・ 有

家族の状況及び介護力	* 同居家族以外の状況についても記入してください。
本人の意向	
家族の意向	

施設等申し込み状況 (申し込みしている施設名等を記入、どこにも申し込んでいない場合にはその理由を記入)	
---	--

今後の支援の方向性	
-----------	--

※記入欄が不足する場合、別紙等に必要な事項を記入し添付してください。

※この理由書は、要介護認定ごとに提出してください。

添付書類

- 利用者基本情報、アセスメント概要
- 居宅サービス計画書 1表～3表
- サービス担当者会議の要点

受付	