

年 月 日

認定有効期間の半数を超える短期入所の利用状況理由書

(あて先) 酒々井町長

【居宅介護支援事業者】

事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

下記の被保険者について、短期入所の利用日数が認定有効期間の半数を超えることが見込まれますので、関係書類を添えて届け出ます。

記

被 保 険 者	被保険者番号																	生年	明治・大正・昭和
	氏名	フリガナ											月日	年 月 日					
	住所																		
	要介護状態区分	要介護	1	2	3	4	5	要支援	1	2									
	認定期間	年 月 日 ~											年 月 日						
現在の 利用状況																			
半数超えと なる年月日	年 月 日 見込																		
半数超えと なる理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の認知症等により、同居の家族等による介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 同居の家族等が高齢・疾病等の理由により十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 施設入所を申し込んでいるが、現在入所待ちであるため <input type="checkbox"/> その他やむを得ない理由 ( )																		
今後の方針	<input type="checkbox"/> 現在、次の施設に入所申し込みをしている。※申し込み日も記載。 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 ( . 月 日申し込み) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 ( . 月 日申し込み) <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 ( . 月 日申し込み) <input type="checkbox"/> ( . 月 日申し込み) <input type="checkbox"/> どこにも入所を申し込んでいない。 理由 ( )																		

(注意)

※半数超えとなる見込みの一月前を目安に提出してください。

※提出の際は、居宅サービス計画書の第1～7表(モニタリング含む)を添付してください。

※確認結果の通知は行いませんが、内容の確認をさせていただく場合があります。