短期入所利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える理由書（参考様式）

年　　月　　日

蕨市健康長寿課　宛て

事業所名

所在地

代表者氏名

（ 担当者名　　　　　　　　　　　 ）

　下記理由により、短期入所利用日数が介護認定有効期間のおおむね半数を超えるので、居宅サービス計画書及びサービス担当者会議の要点を添えて提出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏名： | | | | | 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
| 住所： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性別： | | | | | 生年月日 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 |  | | | | 認知症高齢者の日常生活自立度 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　　～　　 　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族構成 | 氏　　名 | | | 年齢 | 続柄 | | 生活の状況 | | | | | | | | | 同居の別 | | | |
|  | | |  |  | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  |  | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  |  | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  | | |  |  | |  | | | | | | | | |  | | | |
| ※主介護者には氏名の前に○を付して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所生活（療養）介護サービスを継続することが必要な理由 | 居宅において生活する（介護を受けること）が出来ない理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設入所に向けた取り組みの状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所サービス利用状況 | 事業所名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出時 累計利用日数 | | 日（自費分を除く） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 累計利用予定日数 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |