

短期入所サービス利用に係る理由書

令和 年 月 日

鋸南町長様

居宅介護支援事業所
(介護支援専門員)

事業
所印

被保険者及び被保険者の世帯員の状況、理由は下記及び別添の居宅介護サービス計画書(第1・2表)のとおりですので、短期入所を利用する日数が要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超える利用について承認願います。

フリガナ						被保険者番号
被保険者氏名						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女
住 所	鋸南町					電話番号 ()
要介護状態 区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5					
認定有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで ※理由書は認定の有効期間ごとの提出が必要です。					
理 由 (該当するものに○をつける)	1 介護保険施設の入所申込済であるが、入所待ちの段階 2 定期的に短期入所を利用し、在宅介護(生活)の継続を希望している 3 その他の理由(計画書に記載のない場合、記入) ()					
世帯 構 成	区分	氏名	年齢	続柄	生活状況(職業・心身状況・介護の状況)	

※「区分」欄は、介護を受ける方に○、主たる介護者に1、従たる介護者に2を記入する
※裏面にサービス利用計画書があります。

町記入欄

保 険 者 欄	確認事項			取扱者印
	保健福祉課長	福祉支援室長	課 員	

短期入所サービス利用計画表

被保険者氏名	
居宅介護支援事業所名	
短期入所サービス事業所名	(名称)
	(事業所番号)
	(名称)
	(事業所番号)

利用年月	支給限度額内 利用日数	自費利用日数	利用年月	支給限度額内 利用日数	自費利用日数
年 月	日	日	年 月	日	日
年 月	日	日	年 月	日	日
年 月	日	日	年 月	日	日
年 月	日	日	年 月	日	日
年 月	日	日	年 月	日	日
年 月	日	日	年 月	日	日
年 月	日	日	年 月	日	日
年 月	日	日	年 月	日	日
年 月	日	日	年 月	日	日
年 月	日	日	年 月	日	日
年 月	日	日	年 月	日	日
年 月	日	日	年 月	日	日
			計	日	日