**小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の**

**連泊利用期間が３か月を超える場合の理由書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日 |
| 住　　　　所 |  |
| 被保険者番号 |  | 要介護度 | 要支援 １・２ 要介護 １・２・３・４・５ |
| 認定期間 | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 　　（　　か月） |
| 認定有効期間中の連泊利用計画（実績及び予定含む） |
|  | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 | 　月 |
| 日数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 累積 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 連泊利用の位置付け、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、ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ、有料施設等の説明 | 未 | 済 |
| 在宅生活維持・復帰の可能性 | 無 | 有 |
| 負担限度額認定状況 | 非該当 | ３段階 | ２段階 | １段階 |
| ○現在利用しているサービス○連泊利用の理由○施設等申し込み状況（申し込みをしている施設名等）○今後の支援の方針 |
|   　　　 平成　　年　　月　　日　（宛先）山陽小野田市長 　　 　　　 　　 担当介護支援専門員　　　　　　　　　　　　　　　印　　　 |
|

 **※提出時期：おおむね３か月を超えると予想される月の末日**

 **添付書類：ｱｾｽﾒﾝﾄ・居宅ｻｰﾋﾞｽ計画書(1～3表)・ｻｰﾋﾞｽ担当者会議の要点**