**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**