

短期入所が認定期間の半数をこえる場合の理由書

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)			
認定有効期間中の短期入所サービスの利用計画（実績及び予定含む）													
	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月		
日数													
累積													
短期入所サービスの位置付け、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、グループホーム、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 ○短期入所サービスを長期間、利用する理由 ○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													
(宛先) 山陽小野田市長 居宅介護支援事業者 担当介護支援専門員										平成	年	月	日
											印		

※提出時期：おおむね半数を超えると予想される月の前月末日

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