

要介護(支援)認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用に係る理由書

フリガナ														
被保険者氏名			被保険者番号											
生年月日	明・大・昭 年 月 日													
要介護(支援)状態区分	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5													
認定の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日													
居宅介護支援事業所名			介護支援専門員名											
介護予防支援事業所名			担当職員名											
認定の有効期間における短期入所サービスの利用状況(○月×日～△日(●日間)と具体的に記入してください) ※実費での入所日は除いて記入してください														
上記の短期入所サービスを必要とした理由(利用者の心身の状況、家族の状況など具体的に記入してください)														

※記入するスペースが足りない場合は、別紙を添付していただいても結構です。