**短期入所サービス長期利用理由書**

**（認定有効期間の半数超え）**提出日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | ０ ０ ０ ０ ０ |  | | |
| 住　　　　　　所 | 三条市 | | | |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | |
| 氏　　　　　　名 |  | | | |
| 生　年　月　日 | 年　　　　月　　　　日 | | 年齢 | 才 |
| 要介護状態区分 | 要支援　　１　　２　　　　　要介護　　１　　２　　３　　４　　５ | | | |
| 認定の有効期間 | 年　　　月　　　日　から　　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 半数を超える  見通しの月 | 年　　　月 | | | |
| 提出者 | 居　宅　支　援  事　業　所　名 | 電話 | | | |
| 介護支援専門員氏　　　名 |  | | | |
| 短期入所サービスを  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） | |  | | | |
| 今後の支援の方向性 | |  | | | |
| その他 | |  | | | |

* 必要添付書類

□アセスメント表（課題分析表、課題整理総括表など）

□居宅サービス計画第１表から第３表、もしくは介護予防サービス・支援計画書

□サービス担当者会議の要点、照会用紙等　□サービス利用票、別表

|  |
| --- |
| 回　答 |