**短期入所利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える理由書**

　　年　　月　　日

上郡町長　　　あて

事業所名称

　　　　担当介護支援専門員

連　絡　先　（　　　　）　　－

下記理由により、短期入所日数が要介護認定有効期間のおおむね半数を超えるので、別紙の資料添えて届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | 性　別 | | 男 ・ 女 |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明-大-昭　　年　　月　　日  （　　　歳） | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認 定 期 間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 | 要介護　 １　 ２ 　３ 　４ 　５　　要支援　 １　 ２ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当月までの利用日数① | | | 翌月(半数を超える見込み月)の利用予定日数② | | | | | | 累積日数①＋② | | | | | | | 認定期間の半数日数 | |
| 日 | | | 日 | | | | | | 日 | | | | | | | 日 | |
| 利用者の状況等（身体状況、生活状況、サービス利用状況、家族構成など） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所サービスを長期利用する理由（本人・介護者の状況や利用の必要性等を詳しく記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設等申し込み状況（施設名等を記入。申し込んでいない場合には、その理由を記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今後の方針 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

欄内で収まらない場合は、別紙（任意用紙）を添付してください。

【添付資料】

□居宅サービス計画書（第１～３表）…利用者へ交付し、署名があるもの

□サービス担当者会議の要点（４表）

□サービス利用表（提供表）及び別表（第６・７表）…当月及び半数を超える月のもの