|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 町記入欄 | 確認日 | 年　　月　　日 |
| 備考 |  |

要介護認定等有効期間の半数を超える短期入所利用の理由書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | 年　　　月　　　日 | |
| 記入者 |  | 所属  事業所 | 🕿　　　　（　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | M・T・S　　年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 阿見町 | 電話番号 | （　　　） |
| 要介護状態区分 | 要支援　１　・　２　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５ | | |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 利用者の  身体状況 |  | | |
| 利用者の  家庭状況 |  | | |
| 施設入所が  できない理由 | * 入所申し込みをしており、入所待ち * その他（※以下に詳細に記載して下さい） | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用予定の  短期入所生活（療養）介護事業所 | 🕿　　　　（　　　　） |

《短期入所の利用実績（直近6ヶ月）》

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用月 | 短期入所  利用日 | 利用日累計 | その他  サービス計画 |
| 年　　月 | 日 | 日 |  |
| 年　　月 | 日 | 日 |  |
| 年　　月 | 日 | 日 |  |
| 年　　月 | 日 | 日 |  |
| 年　　月 | 日 | 日 |  |
| 年　　月 | 日 | 日 |  |

※居宅サービス計画書の第１表、第２表及びサービス担当者会議録を添付して下さい。