令和　　年　　月　　日

短期入所の利用が認定期間の半数を超過する理由書

甲州市長 様

事業所名

事業所所在地

事業所代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記のとおり、短期入所利用日数が介護認定有効期間のおおむね半数を超えることが見込まれますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏　　名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住　　所 | 甲州市 | 要介護状態区分 | 要介護 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 | 歳 | 事業所担当者 |  |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 本人の状況 |  |
| 同居家族、その他親族の状況 |  |
| 認定期間の半数を超える理由 |  |
| 今回の認定期間における短期入所の累積（予定）利用日数 |  |
| 介護老人福祉施設などの申し込み状況及び施設入所待機の順位 |  |
| 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） | 主治医意見書の判定 | 調査員の判定 |
|  |  |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 主治医意見書の判定 | 調査員の判定 |
|  |  |
| 添付資料 | ・基本情報　・居宅サービス計画書（１～３表）　・担当者会議の要点 |