

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

田尻町長 様

事業所名
事業所所在地 〒

事業所代表者名
事業所電話番号 () -

下記理由により、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ので、居宅サービス計画書（第1表～第3表）及びサービス担当者会議の要点を添えて届け出ます。

1	被保険者	氏名						被保険者番号					
		住所											
		性別			生年月日	年 月 日 (歳)							
		要介護度			認知症高齢者の日常生活自立度								
		認定有効期間			年 月 日 ~		年 月 日						
2	家族構成	氏名	年齢	続柄	生活の状況(心身の状況・介護の状況等)			同居の別					
※主介護者には氏名の前に○を付してください。													
3	短期入所サービスを利用する理由												
4	今後の方針												
5	短期入所サービス利用状況	事業所名						届出時累計利用日数	日				
		事業所番号						累計利用予定日数	日				

上記の居宅介護（介護予防）支援事業所が、短期入所生活（療養）介護の利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える利用に関して一切の手続きを行うこと、及びこの届出に係る確認に必要な場合は田尻町町が私の心身の状態や生活環境に必要な事項について調査することを同意します。

本人氏名 _____

(代筆)