

短期入所サービス長期利用理由書

(※認定期間の半数を超える利用)

提出日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	氏名							生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女				
	被保険者番号								要介護度	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									
居宅支援事業所名								介護支援専門員氏名										

認定有効期間中の短期入所サービスの利用実績及び今後の利用予定								当月末累積利用日数				日	
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数													
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数													

短期入所サービスの位置付けおよび利用日数に関する本人・家族への説明	未・済
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム、有料施設などの説明	未・済
在宅生活維持・復帰の可能性	無・有

現在利用しているサービス

短期入所サービスを利用する理由(本人、介護者の状況や利用の必要性等詳しく記入してください)

施設等申し込み状況(申し込みしている施設名等を記入、どこにも申し込んでいない場合にはその理由を記入)

今後の支援の方向性	<p>※必要に応じて地域包括支援センターが助言内容を記入。</p> <p>地域包括支援センター()担当者()</p>
-----------	--

※提出書類は、理由書・基本情報・アセスメント・計画書(1～3表)・サービス担当者会議の要点です。
 ※この理由書は、要介護認定ごとに提出してください。

受付日	受付番号	