

短期入所利用日数超過に係る理由書

被 保 険 者	フリガナ 氏 名				保険者番号						
						被保険者番号					
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女				
	住 所	〒 電話番号 ()									
	認定有効期間	年 月 日から			年 月 日まで						
世 帯 構 成	氏 名	生年月日	性別	生活の状況 (職業・心身の状況・介護の状況等)							
	世 帯 主		男・女								
	世 帯 員			男・女							
				男・女							
				男・女							
			男・女								
短期入所利用日数が 要介護認定等有効期 間のおおむね半数を 超える理由											
<p>一関地区広域行政組合管理者 様</p> <p>上記の理由により、短期入所利用日数が要介護認定等有効期間のおおむね半数を超えるため、居宅サービス計画書及びサービス利用票・別表を添えて届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">居宅介護支援事業所 所在地</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">事業者名</p> <p style="text-align: center;">代表者名</p> <p style="text-align: center;">介護支援専門員名</p>											

注1： 「世帯構成」及び「理由」の欄に書ききれない場合には、別紙として作成のうえ添付してください。

注2： 理由書はケアプラン作成時に有効期間の半数を超えるとときに提出してください。

一関地区広域行政組合記入欄

上記理由書を受理することとしてよろしいか。			
課 長	係 長	係 員	担当者