

事業所名			
所在地	〒 ー 電話番号() ー		
管理者名		担当者名	

令和 年 月 日

短期入所サービスが必要な理由書
(認定期間内の概ね半数を超えての利用の場合)

真庭市長 様

下記のとおり、認定期間内の概ね半数を超えて短期入所サービスを利用することを必要とします。

被保険者氏名		被保険者 番号															
住所																	
要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5	認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日														
短期入所サービスの位置づけ及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、ケアハウス等の説明			未	済													
在宅生活維持・復帰の可能性			無	有													
短期入所サービス利用の状況																	
短期入所サービス利用を必要とする理由																	

注意

この理由書は、短期入所生活(療養)介護を居宅サービス計画に位置づけるにあたり、利用者の利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えることが見込まれるとき、速やかに提出してください。