

短期入所サービス(半数超え)利用の理由書

鎌ヶ谷市長 様

記載日 年 月 日

次のとおり、短期入所サービスの半数超え利用を申請します。

1. 申請者(理由書作成者)

居宅介護支援事業所番号			
居宅介護支援事業所名称			
事業所 TEL		事業所 FAX	
介護支援専門員名			

2. 被保険者

被保険者番号			
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
要介護認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	性別	男・女
要介護状態区分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		

世帯構成員(本人除く)	続柄	年齢	就業状況等
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	

3. 要介護認定期間中の日数に対して短期入所の利用が、 現段階で半数超え又は半数超えになってしまうと予見される日数

	利用年月	サービス利用総日数	累計		利用年月	サービス利用総日数	累計
1	R .		(1)	13	R .		
2	R .		(1+2)	14	R .		
3	R .		(1+2+3)	15	R .		
4	R .			16	R .		
5	R .			17	R .		
6	R .			18	R .		
7	R .			19	R .		
8	R .			20	R .		
9	R .			21	R .		
10	R .			22	R .		
11	R .			23	R .		
12	R .			24	R .		

