

短期入所サービス利用の理由書(認定有効期間の概ね半数を超える場合)

(あて先) 茨木市長

年 月 日

居宅介護(介護予防)支援事業者名

事業所所在地 〒

取 扱 区 分

(新 規 ・ 継 続)

担当者名

電話番号

被 保 険 者 氏 名	フリガナ						被保険者 番号											
	氏名						要介護 状態区分	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							日数	日		半数		日					
生年月日	年 月 日 (歳)							性 別	男 ・ 女									
住 所	〒																	
家 族 構 成	氏名	年齢	続柄	同居 の別	就労 の有無	生活の状況(心身の状況・介護の状況・家族の意向など)												
※主介護者には氏名の前に○を付してください。																		
被保険者の 状況等	(身体状況、生活状況、サービスの利用状況、家族以外の支援者、介護状況。本人の意向など)																	
認定有効期間 の半数を超える サービスが必要 な理由																		
短期入所制限 日数を超える利用 とならないため の改善策等	施設 入 所 待 機	施設名							入所申込時期・待機順位など									
	その他																	

※ 裏面の「短期入所サービス利用実績(予定)書」も記入してください。

短期入所サービス利用実績(予定)書

利用月	支給限度内 利用日数	自費 利用日数	利用月	支給限度内 利用日数	自費 利用日数
年 月	日(累計 0 日)	日	年 月	0 日(累計 0 日)	日
年 月	日(累計 0 日)	日	年 月	0 日(累計 0 日)	日
年 月	日(累計 0 日)	日	年 月	0 日(累計 0 日)	日
年 月	日(累計 0 日)	日	年 月	0 日(累計 0 日)	日
年 月	日(累計 0 日)	日	年 月	0 日(累計 0 日)	日
年 月	日(累計 0 日)	日	年 月	0 日(累計 0 日)	日
年 月	日(累計 0 日)	日	年 月	0 日(累計 0 日)	日
年 月	日(累計 0 日)	日	年 月	0 日(累計 0 日)	日
年 月	日(累計 0 日)	日	年 月	0 日(累計 0 日)	日
年 月	日(累計 0 日)	日	年 月	0 日(累計 0 日)	日
年 月	日(累計 0 日)	日	年 月	0 日(累計 0 日)	日
年 月	日(累計 0 日)	日	年 月	0 日(累計 0 日)	日

※ 添付書類

【新規】 「サービス利用票」と「利用票別表」を 認定有効期間開始月～半数を初めて超える月分を、半数を超える月の前月までに必ず本理由書に添えて提出してください。(実績確定前のものは、予定を提出)

【継続】 前回提出した予定月の実績確定分と来月分の「サービス利用票」と「利用票別表」を、毎月、本理由書に添えて提出してください。
また、継続の場合のみ、前回の理由書の提出日から現在までの「支援経過記録」を、添付してください。

注意: 上記の添付書類の他に、理由を説明するために担当介護支援専門員が必要と判断した資料の追加添付は可能です。