

課長	課長補佐	係長	係

年 月 日

湧水町長 殿

要介護認定有効期間の半数を超える短期入所についての理由書

下記理由により、短期入所利用日数が介護認定有効期間のおおむね半数を超えるので、居宅サービス計画書（第1表～第3表）及びサービス担当者会議の要点を添えて届け出ます。

新規 継続

被 保 険 者	氏 名		性別	男・女	被保険者番号	
	住 所				生年月日	
	要介護認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日まで (ヶ月)				
	要 介 護 度		要介護認定有効期間半数日数			日
要介護認定期間中の 短期入所利用日数		当月までの利用日数 (1)		来月の利用予定日数 (2)		累積日数 (1) + (2)
		日		日		日
利用者の状況等 (身体状況、生活状況、 サービスの利用状況、 家族の介護協力など)						
有効認定期間の 半数を超える理由						
現在検討中のサービス等 (施設の申し込み等) ※具体的に申し込み時期・ 申し込み施設名等を記載						
指定居宅介護支援事業所名						
介護支援専門員名				連絡先	() -	