

## 認定期間の半分を超える短期入所利用の理由書

届出回数	回目					令和 年 月 日
被保険者番号		対象者氏名				整理番号(町記入欄)
住 所				性別	年齢	
要介護度		認定期間	年 月 日 ~		年 月 日	
居宅介護(予防)支援事業所名	電話番号			介護支援専門員氏名		
①本人の心身状況や希望						
②家族の状況や希望						
③短期入所以外の利用サービス						
④短期入所の長期的利用を必要とする理由 (前述①・②・③、及び添付資料より、介護支援専門員としての判断)						

**添付資料**

新規…①フェイスシート ②アセスメント票 ③支援経過記録(直近から1月前程度分) ④ケアプラン  
 2回目以降…①支援経過記録(直近から1月前程度分) ②ケアプラン

●町確認欄(記入しないでください)

長期的な短期入所利用の導入について	確認結果	確認日	令和 年 月 日	確認印
	要	協議内容:		
	否			