

認定有効期間のおおむね半数を越える短期入所サービス利用を必要とする理由書

年 月 日

フリガナ												
被保険者氏名	被保険者番号											
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女						
住 所	〒 電話番号 ()											
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 (ヶ月)											
要介護状態区分	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5							最大利用可能日数		日		
認定有効期間中の短期入所サービスの利用計画（実績）												
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数												
利用累積日数												
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数												
利用累積日数												
指定居宅介護支援事業者名 及び介護支援専門員名												
認定有効期間 の半数を越え る理由												
認定有効期間 の半数を超え ない為の改善 策	1. 施設入所待機中（施設名 _____） 2. その他 _____ （ _____ ）											

- ・認定有効期間のおおむね半数を超えると見込まれる月の前月末までに提出してください。
- ・添付書類：居宅サービス計画書標準様式の第1表及び第2表

<八百津町記入欄>

受付日	受付	確認	承認	備考

認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用承認通知書

上記の内容で、認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用を承認します。
ただし、承認期間は、認定有効期間とします。

年 月 日

承認 NO.

八百津町長

印