

短期入所サービス利用が認定有効期間の半数を超える理由書

年 月 日

久慈広域連合長 様

事業所名

事業所所在地

事業所代表者名

事業所電話番号

下記の理由により、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（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。

1	被保険者	氏名			被保険者番号		
		住所					
		性別			生年月日		
		介護度			認知症高齢者の 日常生活自立度		
		認定有効期間	～ (ヶ月)				
2	利用状況等	短期入所施設名			入所日		
		届出時			累計		
		累計利用日数			日		
3	本人の 状況・意向						
4	介護者の 状況・意向 ※同居以外の 家族も含む						
5	介護支援専門員の 所見	担当者としてショートステイの継続が必要であると判断した理由(根拠)					
		【該当する項目の□に✓を記入】 ☐ 対象者が認知症であり、同居している家族等の介護が困難、または独居で在宅生活が困難。 ☐ 同居している家族等が高齢、疾病等により十分な介護を受けることができない。 ☐ その他やむを得ない理由により、居宅において十分な介護を受けることができない。 【上記理由の詳細及び所見を具体的に記入】					
		今後の方針 ※施設入所の申し込み状況等を具体的に記入					
		入所申込施設数	件	施設名			
上記の居宅介護（介護予防）支援事業所が、短期入所生活（療養）介護の利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える利用に関して一切の手続きを行うこと、及びこの届出に係る確認に必要な場合に久慈広域連合が私の心身の状態や生活環境に必要な事項について調査することを同意します。							
本人氏名 ※署名又は記名押印 代筆者							

※記載欄が足りない場合は、別紙に記載する等で適宜対応願います。