認定有効期間の半数を超える短期入所サービスの利用を必要とする理由書

年　　月　　日

中新川広域行政事務組合　介護保険課　宛

居宅介護支援事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

管理者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

支援事業所専門員名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記理由により、短期入所利用日数が認定有効期間の半数を超えますので、ケアプランを添えて提出します。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名			
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性別	男・女
住所	〒　　電話番号（　　）　　－		
要介護状態区分	要介護１・２・３・４・５		
認定有効期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで		
短期入所利用可能日数	日	超過見込み日数	日
申請理由			

※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。