

要介護認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所利用に関する理由書

作成年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|----------|------|----------|---|-------|--|--|--|
| フリガナ | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | |
| 被保険者名 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | 性別 | | 男 ・ 女 | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 まで(カ月) | | | | | | | | | | | | |
| 利用限度日数 | (日) * 認定期間半年の場合90日、1年の場合180日、2年の場合360日としてください。 | | | | | | | | | | | | |
| 利用施設名 | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の状況 | 要介護状態区分 | | 障害高齢者自立度 | | 認知高齢者自立度 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 家族の状況及び介護力 | *同居家族以外の状況についても記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| 本人の意向 | | | | | | | | | | | | | |
| 家族の意向 | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所サービス以外で検討したサービス(有料老人ホーム等もあれば記入) | | | | | | | | | | | | | |
| 今後の方針 | <input type="checkbox"/> 1. 現在と同程度短期入所を利用をしながら、在宅生活を維持していく。 <input type="checkbox"/> 2. 現在入所を申し込んでいる。(施設名、入所の順位等待機状況) <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | |
| 現在までの短期入所利用日数 | 利用年月 | 利用(予定)日数 | 利用年月 | 利用(予定)日数 | 利用年月 | 利用(予定)日数 | 利用年月 | 利用(予定)日数 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所利用日数合計 (令和 年 月は予定日数) | | | | | | | 合計 | | 日 | | | | |

※記入欄が不足する場合、別紙等に必要な事項を記入し添付してください。