

短期入所利用が認定期間の半数を超過する理由書

整理番号

提出者	事業所（施設）名			
	介護支援専門員氏名		電話番号	

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		
	要介護状態区分	要支援（1・2）・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	短期入所利用開始日	年 月 日		

家 族 構 成	記載例	<pre> graph TD A[■] --- B[◎] A --- C[○] A --- D[○] A --- E[□] E --- F[○] E --- G[○] E --- H[□] </pre>		
------------------	-----	---	--	--

	チ ェ ッ ク 項 目	チ ェ ッ ク
認 定 有 効 期 間 の 半 数 を 超 え る 理 由	介護者がいない又は家族が対象者を介護できない状況にある	
	他の施設入所又は病院への入院が困難な状況にある	
	上記の具体的説明	
	その他理由	

介 護 老 人 福 祉 施 設 等 の 申 込 状 況 (申 込 み し て い な い 場 合 は 記 入 不 要)	施設名	申込日	待機人数	施設名	申込日	待機人数
	①	. . .		④	. . .	
	②	. . .		⑤	. . .	
	③	. . .		⑥	. . .	