

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	年 月 日			
	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 				

認定有効期間 の半数を超える理由	チ ェ ッ ク 項 目			チェック		
	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	・ ・ ・	