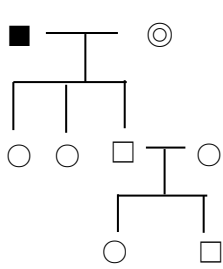


# 短期入所利用が認定期間の半数を超過する理由書

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	<p>記載例</p> 
------	---

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	・ ・ ・	