短期入所利用日数が認定有効期間の概ね半数を超える理由書

年　　月　　日

居宅介護支援事業所名：

担当介護支援専門員名：

事業所電話番号：

下記理由により、介護認定有効期間の半数超過利用の承認について申請をします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 被保険者 | 氏　　名 |  | | | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 性　　別 |  | 生 年 月 日 | | **（　　　歳）** | | | | | | | | | | |
| 要介護度 |  | 認定期間 | |  | | | | | | | | | | |
| 2 | 家族構成 | 氏　　　　　　　　名 | | 年齢 | 続柄 | 生活の状況（心身の状況・介護の状況等） | | | | | | | | 同居の別 | | |
|  | |  |  |  | | | | | | | |  | | |
|  | |  |  |  | | | | | | | |  | | |
|  | |  |  |  | | | | | | | |  | | |
|  | |  |  |  | | | | | | | |  | | |
| ※主介護者には氏名の前に○を付してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 短期入所サービスを利用する理由 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 今後の  方針 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 短期入所サービス利用状況 | 事業所名 |  | | | | 届出時累計利用日数 | | | |  | | | | | |
| 6 | 添付書類 | ・居宅サービス計画書（１～３表）の写し | | | | | | | | | | | | | | |

※短期入所サービスは、あらかじめ期間を定めて利用するものであり、認定有効期間の概ね半数を超えないようにしなければならないとなっています。（運営基準第十三条二十項）

※利用者が短期入所サービスを認定期間の半数を超えて利用すると見込まれた際には、この理由書を居宅サービス計画書と一緒に名護市介護長寿課介護給付・保険料係に提出をするようにして下さい。（給付担当）