**短期入所日数が要介護認定有効期間の概ね半数を超える理由書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 被保険者番号 |  |
| 氏　名 |  | 生 年 月 日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 認定期間 | 　　年　　月　　日　～　　　　　　年　　月　　日 |
| 要介護度 | 要支援 １ ・ ２　　要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ |
| 家族構成（本人以外） | 氏　　　名 | 年齢 | 続柄 | 生活の状況（心身・介護の状況等） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人の状況心身状況や生活状況など具体的に記入して下さい。 |  |
| 半数を超える理由 |  |
| 今後の方針 | １．現在、施設に入所を申し込んでいる。（施設名、申込年月を記入して下さい）①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月）②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月）③　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月）２．今後、施設への入所を検討している。３．状況に応じて在宅へ。４．その他（入所申込をしていない場合はその理由や今後の予定） |
| 北秋田市長　殿　　上記理由により、短期入所利用日数が介護認定有効期間の概ね半数を超えますので届出します。　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　事業所名　　　　　　　　　　　　　連 絡 先　　　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　　　　　　　　　　 |

＜注意事項＞・半数を超えると見込まれる月の前月末までに提出して下さい。

・欄内に記載しきれない場合は、適宜別紙等に記入し添付して下さい。

　　　　　　・居宅介護サービス計画書の第1表及び第2表の写しを添付してください。