

～短期入所サービスの利用日数が要介護認定等の有効期間全体のおおむね半数を超える理由書～

被保険者番号（ ） 被保険者名（ ）
 住所（諫早市 ） 電話番号（ ）
 要介護度（ ） 有効期間（ ～ ）（ 日間）

・現在の短期入所サービスの実績及び予定

年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
利用日数（実績		日間+予定		日間）		合計	日間				

○本人の身体状況

○家族状況（独居・同居）

○入所待ちの状況

○今後の短期入所サービス利用の必要性

上記の理由により、短期入所サービスの利用が必要であり、この結果、利用日数が要介護認定等の有効期間全体のおおむね半数を超えるもの。

事業所名
 作成者
 （連絡先）