

短期入所生活介護・短期入所療養介護サービス利用日数超過理由書

年 月 日

利根町長 様

短期入所生活介護・短期入所療養介護サービスの利用日数が認定期間の半数を超えて利用することについての理由書を提出いたします。

被 保 険 者	(フリカナ)		保険者番号	0	8	5	6	4	7						
	氏名		被保険者番号												
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女											
	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														

支援経過表

指定居宅介護支援事業所名	
<p>該当箇所に○をつけてください。</p> <p>施設入所希望の有無 有 (入所申込施設数 ヶ所)・無</p> <p>入所までの期間、及び待機の経過等把握している範囲でその状況についてご記入ください。</p>	
<p>モニタリングを通じて把握した、本人及び家族の在宅介護を進める上でのサービス利用の考えや、業者(施設等)との調整内容、介護支援専門員としても関わり方を具体的に教えてください。</p>	

※ 添付資料 ・ 居宅サービス計画書(1),(2) ・ 週間サービス計画表(3表)