有効期間の半数を超える短期入所についての理由書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  | |  | 生年月日 | 明・大・昭  年　　月　　日 | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | 住所 | | 北広島町 | |
| 要介護度 | 要支援（　　　　）　　　要介護（　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定期間 | 平成・令和　　年　　月　　日　　～　平成・令和　　年　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の状況等  （身体状況・生活状況・家族の  状況など） | |  | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間の半数を超える理由  （くわしく記入） | |  | | | | | | | | | | | | |
| 現在利用中のサ－ビス等 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 申し込みをしている施設名  申し込みをした時期等 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 今後の支援の方向性 | |  | | | | | | | | | | | | |

令和　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 居宅介護支援事業所名 |
| 担当介護支援専門員名 |