短期入所サービス利用（認定有効期間の概ね半数以上の利用）に関する理由書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

稲敷市長　様

居宅介護支援事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

介護支援専門員　　　　　　　　　　　　　　　印

　下記の理由のため、短期入所サービスを認定の有効期間の概ね半数以上利用いたします。

記

１．利用者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | | | 被保険者番号 |  |
| 住　　　　所 | 稲敷市 　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | |
| 認定結果 |  | 有効期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日 | | |

２．理由

（１）介護者の状況等

（２）その他

３．施設入所申込みの状況について

※添付書類

　　□「居宅サービス計画書」（第1表・第2表・第3表）の写し、または介護予防サービス・支援

計画表の写し

　　□「サービス担当者会議の要点」（第4表）の写し