短期入所サービスの利用日数にかかる特別理由書

フリガナ		保険者番号				3	6	2	0	4	6
被保険者氏名		被保険者番号									
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性別	男・女								
住所	〒										
要介護状態区分	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 ～　　年　　月　　日										
利用期間及び合計日数	利用期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日									
	合計	日									
特別な理由	理由を具体的に記載して下さい。										
今後の方針	1. 入所申込中　〔①施設名　　申込年月　　待機順位　〕 〔②施設名　　申込年月　　待機順位　〕 2. 今後、入所を検討していく 3. 状況に応じて在宅へ 4. その他　〔　〕										

阿南市長　殿

上記理由により、短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える計画となりますので、居宅サービス計画等を添えて届出します。

令和　　年　　月　　日

事業所住所

事業所名

介護支援専門員　氏名

※　添付書類　：　居宅サービス計画書（１表～３表）、サービス担当者会議の要点、アセスメント表