

年 月 日

町田市長 様

事業所名

事業所住所
(電話番号)

管理者名

短期入所サービス利用日数が有効期間の半数を超える理由書

短期入所サービスの利用日数が要介護(要支援)認定有効期間の半数を超えると見込まれるため、下記のとおり届出いたします。

記

1 被保険者情報

被保険者番号										被保険者氏名										年齢		家族構成(ジェノグラム)									
(本人の身体状況)																															
要介護度				要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)										認定有効期間				～													
障がい高齢者の 日常生活自立度								認知症高齢者の 日常生活自立度								担当介護支援専門員名															

2 短期入所サービス利用状況

短期入所サービス事業所名																											
有効期間の半数を超えると 見込まれる期間				～										短期入所サービスを 開始した時期													

3 長期利用の経緯(長期利用でない場合は半数以上の利用の経緯)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4 在宅生活の継続が困難な理由

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

〈裏面も記載ください〉

5 長期利用を解消する為に検討した事項(他のサービス利用についての検討結果等を記入ください)

6 今後の方針

7 特別養護老人ホーム等への入所申し込みの状況

	施設名	申込年月日	判定会の状況
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

※ 申し込み状況について、欄に書ききれない場合は別紙(任意様式)に記入ください。

8 添付書類

- ☐ 最新の居宅介護サービス計画(第1～3表)＜介護予防の場合は、支援計画表A～D表＞
☐ 最新のサービス担当者会議の要点(第4表)＜介護予防の場合は、支援計画表E表＞
☐ 半数を超えると予想される月のサービス利用票（兼居宅サービス計画）（第6表）
☐ その他、必要記録・書類等

《留意事項》

- ・利用日数が認定有効期間の半数を超える前までに提出ください。
- ・申請書を提出する際は、必ず事前に市にご連絡ください。