

## 短期入所サービス長期利用理由書

鹿嶋市長 様

	申請年月日	年 月 日
担当介護 支援専門員	事業所名	
事業所住所	電話番号	

短期入所の利用日数について、下記理由により認定期間の半数を超えるケアプランを作成する必要があるため、届け出いたします。

対象者	氏名	フリガナ	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( )													
利用施設名															
認定の有効期限		年 月 日 から 年 月 日まで (要介護 ) (要支援 )													
短期入所利用可能日数			日	超過見込み日数			日								
<p><b>【日数超過の理由】</b></p> <p><input type="checkbox"/> 利用者が認知症等により、同居家族等の介護が困難であるため</p> <p><input type="checkbox"/> 同居家族等が高齢、疾病等により十分な介護が困難であるため</p> <p><input type="checkbox"/> その他(具体的理由)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>															
※該当項目にレを記入願います															

申出理由 (全て記載)	1 被保険者の状況(短期入所利用の半数を超えるに至った経緯等)	
	2 家族の状況《家族構成図》 ※ 年齢についても〇歳代等のご記入をお願いします。	《支援状況》
	3 今後の支援の方向性	

施設申込状況〔 ( )内に申込施設名, 及び申込年月, 待機順が分かれば記入してください。 〕

- 1 特別養護老人ホーム ( )
- 2 介護老人保健施設 ( )
- 3 介護医療院 ( )
- 4 グループホーム ( )
- 5 その他施設 ( )

※1 直近のサービス計画書(第1表～第3表)を添付し提出してください。

※2 枠内に記載しきれない場合は, 任意の別紙に記載し添付してください。