

認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の理由書

フリガナ	被保険者番号											
被保険者氏名												
生年月日	年	月	日	性別	男・女							
被保険者住所												
要介護状態区分	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2						
認定有効期間	年 月 日から						年 月 日まで					
認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用が必要な理由	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>											
認定有効期間中の短期入所サービスの利用実績及び利用計画												
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数（実績）												
利用日数（計画）												
利用累積日数												
<p>伊方町長 様</p> <p>上記の理由のため、認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用が必要です。</p> <p>年 月 日</p> <p>(申請代行の指定居宅介護（介護予防）支援事業者)</p> <p>所在地</p> <p>事業所名称 ㊟</p> <p>介護支援専門員氏名 ㊟</p> <p>電話番号 () ー</p>												

上記のとおりと認め、認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用を承認する。ただし、承認期限は、現在の要介護（要支援）認定有効期間の満了日までとする。

伊方町長

日付入り確認印

(裏)

注1 短期入所サービスは、利用者の自立した日常生活の維持のために利用されるものであるという観点から、短期入所サービスの利用日数は、認定有効期間のおおむね半数を超えないことが目安とされています。

注2 ここでいう利用日数とは、保険給付の対象となる利用日数です。したがって、①支給限度額を超える利用日数や②連続30日を超える利用日数は、算入しません。

注3 居宅サービス計画書標準様式第1表から第7表まで又はこれに準ずる様式を添付してください。