

短期入所サービス利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える理由書

交野市長 あて

下記被保険者に係る短期入所サービスの利用日数が、要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超えるため、関係書類等を添付の上で提出します。

年 月 日

居宅介護（介護予防）支援事業者名			
事業所番号		電話番号	
ケアプラン作成担当者			

被保険者番号		要介護等区分	要支援 1・2	要介護()
フリガナ		生年月日		
被保険者氏名				
被保険者住所				
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (計 日)			

認定有効期間の半数を超えて短期入所サービス利用が必要な理由
<p>(1) 該当する番号を○で囲んでください。</p> <p>1 複数の介護保険施設等への入所待機中である</p> <p>施設名： 申込年月日：</p> <p>施設名： 申込年月日：</p> <p>2 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上であり、同居の家族等による介護が困難な状態である</p> <p>3 同居の家族等が高齢、疾病等であり在宅で十分な介護が受けられない状態である</p> <p>4 その他やむを得ない理由：</p>
<p>(2) 利用者の心身状況又は環境等を具体的に記入してください。</p>

【添付書類】

- ・居宅サービス計画書第1～3表又は介護予防サービス・支援計画書（利用者の同意があるもの）（写）
- ※場合により、追加で サービス担当者会議の要点（写） の提出を求めることがあります。

【留意事項】

- ・この理由書は、短期入所サービスの利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超えると見込まれる月の前月末までに提出してください。
- ・理由書の提出がない場合や、提出された理由書において必要性が確認できない場合、保険給付の返還対象となる場合があります。