# 認定有効期間のうち３ヶ月を超える短期入所生活介護利用理由書

| | | | |
|---|---|---|---|
| フ　リ　ガ　ナ | | 届出年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | |
| 生　年　月　日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 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 | 平成　　年　　月　　日　から　平成　　年　　月　　日　まで | | |
| 利用期間及び合計日数 | 利用期間 | | |
| | | | |
| | 合　計 | 日 | |
| ３ヶ月超の利用理由 | | | |
| 今後の方針 | １．入所申込中　〔①施設名　　申込年月　　待機順位　　〕<br>※必ず複数施設お申込みください。〔②施設名　　申込年月　　待機順位　　〕<br>２．今後、入所を検討していく。<br>３．状況に応じて在宅へ。<br>４.その他　〔　　〕 | | |

鳴門市長　殿

上記理由により、短期入所生活介護を３ヶ月以上継続して利用す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。

平成　　年　　月　　日

事業所住所

事業所名　　印

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**

今後の方針が**入所申込中の場合、施設入所の申込状況がわかる書類（入所申込書の写し等）を添付**してください。

＊注意事項

１．認定有効期間当初から３ヶ月を超える利用日数を計画しないこと。

２．認定の有効期間内に短期入所サービスの利用がおおむね３ヶ月を超える見込みとなったときに、速やかに提出してください。