**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** | **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** | **年　　　月　　　日　から　　　　　　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　　　〕**

**※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　　　〕**1. **今後、入所を検討していく。**
2. **状況に応じて在宅へ。**

**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。****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。