

# 介護認定有効期間の半数を超える短期入所利用に関する理由書

令和 年 月 日

対象者氏名： 様	被保険者番号：
生年月日：M・T・S 年 月 日（ 歳）	要介護度：
認定有効期間：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日（半数： 日）	
家族構成図：男性…□／女性…○ 死亡は ■・● 本人は2重線 回・◎	
本人および介護の状況（利用しているサービスの種類、利用状況・頻度等含む）	
有効期間の半数を超えた短期入所の利用が必要な理由	
事業所名：	介護支援専門員： 印
所 在：	TEL： FAX：