**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：T・S・H　　　年　　月　　日（　　　歳）　　　要介護度： |
| 認定有効期間：令和　　年　　月　　日　～　令和　　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： |
| 所　　在：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　FAX： |