年　　月　　日

山県市長　あて

居宅介護支援事業者
事業所名
所在地
電話番号（　　）　　－
担当介護支援専門員

要介護認定有効期間の半数を超える短期入所利用についての理由書

下記の被保険者について、短期入所の利用日数が要介護認定有効期間の半数を超えることが見込まれますので届け出ます。

記　　【□初回のみチェック】

被保険者	被保険者番号		生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日
	氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		
	住所	山県市		
	要介護状態区分	要介護　1　2　3　4　5　　要支援　1　2		
	認定期間	年　月　日　～　　年　月　日		
利用者の状況等		（身体状況、生活状況、サービス利用状況、家族の介護協力など）		
半数超えとなる年月		年　　月		
要介護認定期間中の短期入所利用日数		認定日から前月までの利用日数	当月の利用予定日数	
有効認定期間の半数を超える理由				
現在検討中しているサービス等		（施設申し込み状況など：具体的に申し込み時期・申し込み施設名等を記載）		

（注意）
・半数超えとなる見込みの一ヶ月前を目安に提出してください。
・理由書の提出の際には、ケアプランを添付してください。
・確認結果についての通知は行いませんが、内容の確認をさせていただく場合があります。
・理由書は毎月提出する必要はありません。
・次期有効期間において同様におおむね半数超えとなる場合には、再度、理由書を提出。