

認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の理由書

提出日 年 月 日

(あて先) 成田市長

下記の者は、認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用について「特に必要である」と考えられますので報告します。

| | | | | | | | |
|-----|-------|--|-------------|--|--|--|--|
| 申出者 | 事業者番号 | | 事業者名 | | | | |
| | 郵便番号 | | 住所 | | | | |
| | 電話番号 | | 担当介護支援専門員氏名 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|------|-------|---|---|---|------|-----|
| 被 保 険 者 | シ メ イ 氏 名 | | | | | | 生年月日 | M・T・S | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 |
| | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | 要介護度 | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | |

| | |
|------|---|
| 該当理由 | 1. 認知症、2. 家族が高齢等、3. その他（該当番号に○をつけてください。3の場合は具体的に記入してください） |
| | 3. 具体的理由 : |

認定有効期間開始月から利用した短期入所サービスの利用実績 及び 今後の予定

| | | | | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 利用月 | 年 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 利用日数 | | | | | | | | | | | | | |
| 利用月 | 年 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 利用日数 | | | | | | | | | | | | | |
| 利用月 | 年 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 利用日数 | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------------|---|---|---|--|
| 認定有効期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | 半数超えが見込まれる日 | 年 | 月 | 日 | |
| 認定有効期間の日数 | 日 | | | 認定有効期間の半数 | 日 | | | 当月末累積利用日数 | 日 | | | |

| | | |
|----------------------------------|-----|-----------|
| 短期入所サービスの位置付け及び利用日数に関する本人と家族への説明 | 未・済 | 未実施理由：未・済 |
| 短期入所サービス以外のサービス利用（施設入所など）についての説明 | 未・済 | 未実施理由：未・済 |

現在利用しているサービス _____ ※平均的な1月の利用回数（頻度など）も記載してください。

施設などの申し込み状況 _____ ※施設名と、その入居待ち状況（申し込みしていない場合には、その理由など）を記載してください。

本人と家族の意向 _____ ※短期入所サービスの利用を希望する理由や、他のサービス利用に対する意見などを記載してください。

短期入所サービスを利用する理由 _____ ※短期入所サービスを利用する必要性や、そのように判断した理由などを詳しく記載してください。

○本人の心身状況

○介護者の状況

今後の支援の方向性 _____ ※在宅生活の維持・復帰の可能性と、それに向けての居宅サービス計画の見直しなどを具体的に記載してください。

| | | | | |
|------|----|-----|----|--|
| 市記入欄 | 判定 | 可・否 | 備考 | |
|------|----|-----|----|--|