

介護保険認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の報告書

フリガナ			被保険者番号									
被保険者氏名												
生年月日	明・大・昭 年 月 日		性別		男 ・ 女							
被保険者住所	琴浦町大字											
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		要介護度									
認定有効期間中の短期入所サービスの利用見込み日数（合計）			日									
短期入所利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える理由												
施設入所申込の有無	有 ・ 無	入所申込施設名										
		施設入所申込年月日		年 月 日								
<p>・上記の理由により、短期入所サービス利用日数が、認定有効期間の半数を超えることを報告します。</p> <p>琴浦町長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>事業所名 _____</p> <p>申請者 _____ 電話 () _____</p> <p>(介護支援専門員)</p> <p>氏 名 _____</p>												

※「短期入所利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える理由」には、本人の状況、家族の状況、介護支援専門員の所見等を記入してください。