

短期入所利用が認定期間の半数を超過する理由書

(中央市)

被 保 險 者	被保険者番号					年 月 日 提出
	フリガナ				男	大正・昭和
	氏 名				女	生年月日 年 月 日
	住 所	〒 電話番号 () - - -				
	認定有効期間	年 月 日		～ 年 月 日		
	要介護状態区分	要支援(1・2)・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5				
要介護認定期間中の短期入所利用日数	前月までの利用日数(1)	当月以降の利用予定日数(2)	累積利用日数(1)+(2)			
連続利用等の内容 (該当する者に○)	1. 認定有効期間の半数超過利用 2. 30日超の連続利用					
認定有効期間の半数を超える理由	チェック項目				チェック	
	介護者がいない又は家族が対象者を介護できない状況にある					
	他の施設入所又は病院への入院が困難な状況にある					
	上記の具体的説明					
介護老人福祉施設等の申込状況	施設名	申込日	待機人数	施設名	申込日	待機人数
	①	・・・		③	・・・	
	②	・・・		④	・・・	
指定居宅介護支援事業所名				介護支援専門員氏名		

備考

- 短期入所サービスは、あらかじめ期間を定めて利用するものであり、認定有効期間のおおむね半数を超えないことが目安とされ、介護報酬では30日を連続算定日数の上限としています(連続30日を超えた利用は、全額利用者負担となります。)
- この理由書は、短期入所サービス利用実績が半数超過若しくは連続30日超過すると見込まれる月、又は超えてしまった月に保険者へ提出してください。
- 「認定有効期間の半数を超える理由」については、できる限り詳しく記入してください。
- 居宅サービス計画書、基本情報、直近のアセスメント表等状況が把握できる書類を添付してください。