年　　月　　日

様式第１号（第３条関係）

認定有効期間の半数を超える短期入所サービスを必要とする理由書

四條畷市長　　あて

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申出者  （居宅サービス計画等作成事業所） | | | 〒  所在地  名称　　　　　　　　　　　　　　担当者  （電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 氏 　名 | |  | | | | | 被保険者番号 | |  | | | | |
| 生 年 月 日 | | 年　　月　　日生 | | | | | 要介護状態  区分 | | 要介護・要支援  （　　　　　　） | | | | | |
| 住　 所 | | 電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効  期　　間 | | 年　　月　　日　から  年　　月　　日　まで | | | | | 短期入所開始日 | | | |  | | | |
| 短期入所サービスの利用計画（実績及び予定） | | 月 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |
| 日数 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |
| 累計 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |
| 現在利用している  サービス及び施設名 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 認定期間の半数を超えたサービス利用が必要な理由 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 今後の支援の方針  （施設申込状況を含む） | | |  | | | | | | | | | | | | |

※要介護認定等有効期間の半数を超える利用の場合は以下の書類を添えて提出してください。

　１　サービス計画書（第１表、第２表、第４表）

　２　モニタリング表

　３　半数を超える利用月の利用票及び利用票別表