

介護保険 短期入所サービス連続利用等に関する理由書

被 保 険 者	被保険者番号	_____年____月____日 提出		
	フリガナ		男 女	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏名			
	住所	〒 _____ 電話番号() - _____		
	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	要介護状態区分			
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 (該当するものに○)	1. 認定有効期間の半数超過利用 2. 30日超の連続利用			
連続利用等が特に必要である理由(原因)	_____ _____ _____ _____ _____			
検討しているサービス等(施設申込み等)				
指定居宅介護支援事業所名			介護支援専門員氏名	印

備考

- 1 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)。
- 2 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。
- 3 「連続利用等が特に必要である理由」については、できる限り詳しく記入してください。
- 4 居宅サービス計画書第1表～第3表、サービス利用票の写しなど、実施状況が把握できる書類を添付してください。