

被保険者番号	0	0	0	0														
--------	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

理 由 書

被保険者	住 所	大和郡山市										
	氏 名											
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	性別	男・女					
認 定 有 効 期 間		年 月 日 ~ 年 月 日										
要介護度	支 援	1	2	3	4	5	短期入所サービス利用日数				日	

※ 認定有効期間のおおむね半数を超えて短期入所サービスの利用が特に必要な理由
(具体的に記載すること)

大和郡山市長 宛

上記のとおり提出します。

年 月 日

居宅介護支援事業者 住 所

事業所名

電話番号 (☎)

介護支援専門員 氏 名

(注)

1. 「介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置づける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定等の有効期間のおおむね半年を超えないようにしなければならない。(運営基準第13条第20号)
2. 当該被保険者に係る居宅介護サービス計画(1)(2)の写しを添付すること。