

短期入所が認定期間の半数を超える場合の理由書

年 月 日提出

利用者氏名		被保険者 番号	
要介護度		認定 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
居宅介護 支援事業所		担当ケア マネジャー	
短期入所 利用施設		短期入所 利用日数	累計 日利用 (理由書作成時現在)
<利用者の状況>			
<短期入所を長期的に利用する理由>			
<今後の方針>			

※提出の際は、ケアプランの写しを添付してください。