

# 認定有効期間の半数を超える短期入所利用計画書

富 里 市 長 様

年 月 日

居宅介護支援事業者 事業者番号

事業者名 \_\_\_\_\_ 印

下記の者については、認定有効期間の半数を超える短期入所サービスの利用が「特に必要である」と考えられますので、報告します。

被保険者番号	被保険者氏名	認 定 有 効 期 間	要介護区分	介護支援専門員名
		年 月 日～ 年 月 日		

≪利用計画≫

利用年月	支給限度額内	利用日数(予定)	自己負担分	合 計	備 考
年 月	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	
月	日	日	日	日	
合 計	日	日	日	日	

≪ 理 由 ≫ \*該当するものに○をつけて下さい。 1 被保険者の痴呆 2 家族の高齢・疾病等 3 その他  
具体的な理由：

施設入所の希望： 1 あり 2 なし 3 申請中 施設名 ( )