

短期入所生活・短期入所療養介護サービス利用日数超過理由書

年 月 日

守谷市長あて

事業所 所在地
名 称

短期入所生活介護・短期入所療養介護サービスの利用日数が認定期間の半数を超えて利用することについての理由書を提出いたします。

フリガナ			被保険者番号			
被保険者氏名						
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女
住 所	〒 電話番号 ()					
要介護状態区分等	認定期間	年 月 日から		申請中	(区分変更)	
		年 月 日まで		申請日	年 月 日	
	要介護状態区分等	要介護	1	2	3	4
				5	要支援	1 2

支援経過票

<p>1. 該当箇所に○をつけてください。 施設入所希望の有無【有（入所申込施設数1か所・2か所・2か所以上）・無】</p> <p>入所までの期間また待機の経過等把握している範囲でその状況についてご記入ください。</p>
<p>2. モニタリングを通じて把握した、本人及び家族の在宅介護を進める上でのサービス利用の考えや、事業所（施設等）との調整内容、介護支援専門員としての関わり方を具体的に教えてください。</p>

※添付資料

居宅サービス計画（1），（2），週間サービス計画表，サービス担当者会議の要点