**短期入所の利用日数超過の理由書**

年　　月　　日

（あて先）美里町長

居宅支援事業所名　　　　　　　　　　　　印

事業所所在地

事業所電話番号

居宅介護支援専門員名

　短期入所の利用日数について、下記の理由により認定期間の半数を超えるケアプランを作成する必要があるため、届出いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者名 | |  | | | | | | | 被保険者番号 | | | | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |
| 住　　所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性　　別 | |  | | | | 生年月日 | | | | | | | 年　　月　　日（　　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | |  | | | | | 認定有効期間 | | | 年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 最大利用可能日数 | | 日 | | | 利用施設名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間中の短期入所サービスの利用計画（実績及び予定含む） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用月 | 月 | | 月 | 月 | | | | 月 | | | | 月 | | | 月 | | | | 月 | | | 月 | | | 月 | | |
| 利用日数 | 日 | | 日 | 日 | | | | 日 | | | | 日 | | | 日 | | | | 日 | | | 日 | | | 日 | | |
| 累　計 | 日 | | 日 | 日 | | | | 日 | | | | 日 | | | 日 | | | | 日 | | | 日 | | | 日 | | |
| 利用月 | 月 | | 月 | 月 | | | | 月 | | | | 月 | | | 月 | | | | 月 | | | 月 | | | 月 | | |
| 利用日数 | 日 | | 日 | 日 | | | | 日 | | | | 日 | | | 日 | | | | 日 | | | 日 | | | 日 | | |
| 累　計 | 日 | | 日 | 日 | | | | 日 | | | | 日 | | | 日 | | | | 日 | | | 日 | | | 日 | | |
| 1. 本人の状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２．家族の状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 短期入所利用継続のやむを得ない理由及び期待される効果 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類　居宅サービス計画書　第１表～第７表、及びアセスメント