

(宛先) 弥富市長

### 短期入所サービス利用日数が認定有効期間の半数を超過する理由書

フリガナ		届出年月日	年	月	日								
被保険者氏名		被保険者番号											
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男	・	女					
住 所	弥富市												
要介護状態区分	要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5												
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで 有効期間日数 日												
認定有効期間 中短期入所利 用計画日数	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	合計
	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
利用実績日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
現在の状況 (該当に○)	1. 当該月以降半数を超過してしまう 2. 先月までに既に半数を超過している												
認定有効期間 の半数を超え る理由													
__月の利用日数(半数を超過する分)						日							
指定居宅介護 支援事業者	事業者名	Ⓜ											
	事業所 代表者名												
	事業所 所在地												
	事業所 電話番号	( ) -											
担当介護支援専門員氏名		Ⓜ											

添付書類: ①居宅サービス計画書、②サービス担当者会議の記録