（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 | 　　　 　年　　 　月　 　日 |
| 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えてしまう　　　　２．先月までに既に半数を超えている |
| 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