|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | |
|  | | 〒 ４１１－  駿東郡長泉町  電話番号 （　　　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 要介護１ ・ 要介護２ ・ 要介護３ ・ 要介護４ ・ 要介護５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所 | | | | | 介護支援専門員氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所利用施設名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間中の短期入所サービス利用日数実績及び今後の利用計画表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 月 | | 月 | | | | 月 | | | 月 | | | 月 | | | 月 | | | 月 | 月 | | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 日 数 |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  |  |  |  |
| 累 計 |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  |  |  |  |
|  | 月 | | 月 | | | | 月 | | | 月 | | | 月 | | | 月 | | | 月 | 月 | | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 日 数 |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  |  |  |  |
| 累 計 |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  |  |  |  |
| 注1）提出日までの利用日数実績と今後の超過利用計画を記入してください  注２) 全額自己負担の短期入所サービス利用分は、本理由書対象の利用日数には含みません | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 長泉町長　様  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　住　所  　　　提出者  　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄（　　　）    連絡先　（　　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 指定居宅介護支援事業所が代行提出を行う場合のみ記入してください。   事業者所在地  名　称　 　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　介護支援専門員氏名    　　　　　　　　　　　連絡先　（　　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* 添付資料として認定有効期間の開始月から提出日までの居宅サービス計画書（第１表～６表）を添付すること

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 年　　月　　日 | 介護支援  専門員名 |  |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

　利用者の心身の状況、同居家族等の状況や利用者との関わりなどを勘案し、短期入所サービスを超過利用しなければならない理由を記載する。

**担当の介護支援専門員**が記入する。