認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の理由書

フ　リ　ガ　ナ		被保険者番号									
被保険者氏名											
生　年　月　日	年　　月　　日										
被保険者住所											
要介護状態区分											
認定有効期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日	計画利用日数	日								
認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用が必要な理由											

明石市長様

上記の理由のため、認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用が必要です。

年　　月　　日

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地

申請者　事業所名称　　電話番号（　　）　　－

介護支援専門員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注1　短期入所サービスは、利用者の自立した日常生活の維持のために利用されるものであるという観点から、短期入所サービスの利用日数は、認定有効期間のおおむね半数を超えないことが目安とされています。

注2　ここで言う利用日数とは、保険給付の対象となる利用日数です。したがって、【支給限度額を超える利用日数】や【連続30日を超える利用日数】は、算入しません。

注3　ケアプランに「認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用が必要な理由」が記載されている場合は、上記の理由に「別紙参照」と記載し、ケアプランを添付してください。

市確認欄	課　長	係　長	係
完了日	年　　月　　日		