

年 月 日

羽島市長 宛

居宅介護支援事業者

事業所名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

担当介護支援専門員 _____ 印

要介護認定の有効期間の半数を超える短期入所利用理由書

下記の被保険者について、短期入所の利用日数が要介護認定の有効期間の半数を超えることが見込まれますので届け出ます。

記

被保険者番号	
被保険者氏名	
要介護状態区分	
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
短期入所施設	
半数越えになる年月	年 月
有効認定期間の半数を超える理由	
現在検討中のサービス等	

※ ケアプラン等（第1・2・3・6・7表、サービス担当者会議の要点）を添付し、半数超えになる1ヶ月前を目安に提出してください。