

令和 年 月 日

介護保険短期入所生活介護・短期入所療養介護の利用日数が
要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超える理由書

綾川町長 殿

被 保 険 者	フリガナ							被保険者番号			
	被保険者氏名										
	住 所	綾川町	番地				電話番号 ()				
	生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	性 別	男 ・ 女				
	要 介 護 状 態 区 分	要支援・要介護1・2・3・4・5				認定有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで				
心 身 の 状 況											
お お む ね 半 数 を 超 え る 理 由											
事 業 所 名	〔 居宅介護支援事業 所の所在地・名称 〕										
	(介護支援専門員氏名)										

※提出書類：①理由書 ②アセスメント(写) ③ケアプラン(写) ④サービス担当者会議の記録(写)