

# 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

										山 中 湖 村										
フリガナ										届出年月日	平成	年	月	日						
被保険者氏名										被保険者番号	0	0	0	0	0					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別					男	・	女								
住 所																				
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																			
振替利用承認番号	第 号					承認年月日				平成 年 月 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	月	合計						
	日	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	日						
現在の状況 (該当に○)	1. 当該月以降半数を超過してしまう      2. 先月までに既に半数を超過している																			
認定有効期間 の半数を超え る理由	-----																			
	-----																			
	-----																			
	-----																			
	-----																			
__月の振替利用日数(半数を超過する分)										日										
指定居宅介護 支援事業者	事業者名																			
	住所																			
電話番号																				
担当介護支援専門員氏名										印										

課長	課長補佐	係長	係