短期入所サービス限度日数超過理由書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  | |  |  |
| フリガナ | |  | | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭　 　年　 　月　 　日 | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | 性別 | | | 男　・　女 | | |
| 住所　〒 |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 | | 要支援　１　・　２ | | | | | 要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５ | | | | | | |
| 認定有効期間 | | 年　　　月　　　日　　　～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 現在の利用状況 | | | | | | | | | | | | | |
| 利用理由 | | 30日を超えて連続利用　　　・　　　認定期間の半数を超えて利用 | | | | | | | | | | | |
| 日数超過理由及び対応策 | | | | | | | | | | | | | |

上記の理由により、短期入所サービスの限度日数超過が必要になります。

　　　　年　　　月　　　日

事業所名

事業所住所

介護支援専門員氏名

（署名又は記名押印）