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）