短期入所利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える理由書

年　　月　　日

平群町長　様

事業所名
事業所所在地

事業所代表者名
事業所電話番号　　（　　）

下記により、短期入所利用日数が介護認定有効期間のおおむね半数を超えるので居宅サービス計画書（第１表～第３表）及びサービス担当者会議の要点を添えて届け出ます。

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td><td rowspan="2">被保険者番　号</td><td colspan="3" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">被保険者氏名</td><td colspan="5" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="8">〒
電話番号</td></tr>
<tr><td rowspan="6">家族構成</td><td>氏　名</td><td>年齢</td><td>続柄</td><td colspan="4">生活の状況（心身・介護の状況等）</td><td>同居の別</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="4"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="4"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="4"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="4"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8">※主介護者には氏名の前に〇をしてください。</td></tr>
<tr><td>短期入所サービスを利用する理由</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>今後の方針</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">短期入所サービス利用状況</td><td colspan="2">事業所名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">事業所番号</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>