

三 沢 市 長

介護保険 短期入所サービス長期利用理由書

事業所の名称		計画作成担当者氏名										
被 保 険 者	氏名	被保険者番号										
	生年月日	明・大・昭 年 月 日										
	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5				
	有効期間	年 月 日 ~					年 月 日					
申請理由 (該当箇所には○)		・30日を超えて連続利用					・認定期間の半数を超えて利用					
		1 独居であり、在宅生活が困難である										
		2 認知症であること等により、同居している家族等の介護が困難である										
		3 同居している家族等が高齢、疾病、入院等を理由として、十分な介護が受けられない										
		4 その他										
現在利用しているサービス						施設申し込み状況 (申し込みをしている施設名など)						
認定有効期間中の短期入所サービスの利用計画 (実績及び予定含む)												
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
日数												
累積												

●添付書類

アセスメントシートまたは基本情報シート

居宅サービス計画1～4表(必要に応じて5表)

課長	課長補佐	係長	係員

受付印