

令和 年 月 日

下松市高齢福祉課長 様

居宅介護支援事業所名 _____

TEL _____

担当介護支援専門員 _____

認定有効期間の半数を超える短期入所サービスの利用について（報告）

下記の介護保険サービス利用者について、短期入所サービスの利用日数が要介護（要支援）認定有効期間の半数を超えましたので、報告します。

記

利用者氏名		被保険者番号																					
生年月日	M・T・S	年	月	日	性別	男 ・ 女																	
住 所	〒																						
認定区分	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
短期入所 利用日数	日				利用短期入所 サービス事業所																		
【認定有効期間の半数を超えて利用した理由】																							

※必要に応じて、ケアプラン等参考資料を添付すること