令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | | | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | 明・大・昭 　　　 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 被保険者番号 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 要介護度 | | |  | |
| 認定期間 | 年　　　　月　　　　日　 ～　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅支援事業所名 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用理由 | □認定期間の半数を超えて利用  □３０日を超えて連続利用 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所サービスの位置付けおよび利用日数に関する、本人・家族への説明 | | | | | | | | | | | | | | | | 未 ・ 済 |
| 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム、有料施設などの説明 | | | | | | | | | | | | | | | | 未 ・ 済 |
| 在宅生活維持・復帰の可能性 | | | | | | | | | | | | | | | | 無　・　有 |
| 現在利用しているサービス | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所サービスを利用する理由（詳しく記入） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設等申し込み状況（申し込みをしている施設名等を記入） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今後の支援の方向性 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受付印 | | 適 | | | | | | | | | | | | 不適 | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | |  | | |

※この理由書は、連続30日を超えて自己負担で利用する場合や、認定の有効期間内に短期入所サービスの利用が概ね半数を超える見込みになった時（次月の計画で超える場合）に提出すること。