

短期入所サービスにかかる要介護認定等有効期間の半数を超える理由書

超過月	年 月 分									
被保険者番号	0	0	0							
被保険者氏名								要介護度		
認定有効期間	年 月 日 ~					年 月 日 (延べ日数 h 日)				
	前月までに利用した日数			今月利用希望日数			合計日数			
限度額内利用日数	a 日			d 日						
限度額超過自己負担利用日数 (入所あつかい)	b 日			e 日						
合計日数	c 日			f 日			g 日			
有効期間の半数を超える日数 (g - h ÷ 2)							日			
認定有効期間の半数を超えて短期入所サービスを利用することが必要な理由										
年 月 日 上記のとおり申請します。 支援事業所名 支援事業所電話番号 介護支援専門員氏名										

* 居宅介護サービス計画 (写) を添付してください。

<市記入欄>

(伺) 上記のことについて、下記に掲げる日数について認めてよろしいか。

決 裁 欄	課長	G L	担当者	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	必要と認められる日数 日	介護支援専門員連絡	
						連絡日	連絡者
						月 日	

※有効期間内利用日数内訳

有効期間	支給限度額内利用日数	限度額を超えて 自己負担で入所した日数	合計日数
1月目（ 月）	日	日	日
2月目（ 月）	日	日	日
3月目（ 月）	日	日	日
4月目（ 月）	日	日	日
5月目（ 月）	日	日	日
6月目（ 月）	日	日	日
7月目（ 月）	日	日	日
8月目（ 月）	日	日	日
9月目（ 月）	日	日	日
10月目（ 月）	日	日	日
11月目（ 月）	日	日	日
12月目（ 月）	日	日	日
13月目（ 月）	日	日	日
14月目（ 月）	日	日	日
15月目（ 月）	日	日	日
16月目（ 月）	日	日	日
17月目（ 月）	日	日	日
18月目（ 月）	日	日	日
19月目（ 月）	日	日	日
20月目（ 月）	日	日	日
21月目（ 月）	日	日	日
22月目（ 月）	日	日	日
23月目（ 月）	日	日	日
小計	a 日	b 日	c 日
当月	d 日	e 日	f 日
合計			g 日