**認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の理由書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな被保険者氏名 |  | 被 保 険 者 番 号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　 　年 　 月 　日 | 性 別 | 男・女 | 要介護度 |
| 被保険者住所 |  |
| 認定有効期間 |  　　年　　 月 　　 日　～　　　　　 年　　　月 　　 日 |
| 計画利用日数 | 　　　　　　　　日 | 認定期間の半数の日数 | 　　　　　　　日 |  |
| 認定有効期間の半数を超える短期入所サービスが必要な理由 |  |
| 矢 板 市 長 様上記の理由のため、認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用が必要です。令和　　年　　月　　日被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 申　請　者事業所所在地事業所名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話介護支援専門員氏名 |

注１　短期入所サービスは、利用者の自立した日常生活の維持のために利用されるものであるという観点

から、短期入所サービスの利用日数は、認定有効期間のおおむね半数を超えないことが目安とされて

います。

注２　ここで言う利用日数とは、保険給付の対象となる利用日数です。したがって、①支給限度額を超え

る利用日数や②連続30日を超える利用日数は、算入しません。

注３　ケアプランに「認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用が必要な理由」の記載がある場

合は、上記の理由欄に「別紙参照」と記載し、ケアプランを添付してください。