

介護保険 短期入所サービス長期利用理由書

指定居宅 介護支援 事業者名	指定居宅支援事業所名・番号						担当介護支援専門員氏名					
被保険者 氏名 (申請者)	フリガナ						保険者 番号	1 1 2 4 0 9				
	氏名						被保険 者番号					
生年月日	明・大・昭 年 月 日					性別	男・女					
住所	〒											
	電話番号											
利用理由	・30日を超えて連続利用					・認定期間の半数を超えて利用						
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						* 必要に応じて地域包括支援センターが助言内容を記入						
						地域包括支援センター( ) 担当者( )						

\* 裏面の「短期入所サービス利用計画書」に記入してください。

## 短期入所サービス利用計画書

要介護状態区分	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
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
利用予定の 短期入所サービス事業所	名称
	番号
	名称
	番号

利用月	支給限度内 利用日数	自費利用日数	利用月	支給限度内 利用日数	自費利用日数
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日
月	日	日	計	日	日

### 注 意

- \* 認定有効期間の半数を超える利用に関しては、法的な罰則規定はありません。  
しかし、在宅サービスであることを鑑み、認定有効期間のおおむね半数を原則としています。  
よって、認定有効期間の半数を超えて利用する必要性を把握するため本書及びケアプラン1～4表の提出を  
求めるものです。  
認定有効期間が24か月の場合は、12か月ごとに理由書を作成してください。  
なお、下記の要件に該当していることを想定しています。
    - 1 独居で在宅サービスを利用しても、在宅での生活が困難である場合
    - 2 利用者が認知症であることにより、同居している家族等の介護が困難な場合
    - 3 同居している介護者が高齢、疾病、入院を理由として、十分な介護ができない場合
  - \* 該当する番号を○で囲んでください。
  - \* 短期入所制限日数を超える利用とならないための改善策等をご記入ください。
    - 1 施設入所待機中
      - (1) 指定介護老人福祉施設 (
      - (2) 介護老人保健施設 (
      - (3) その他の施設 (
    - 2 その他 (
- \* ( )内に待機施設名及び改善策等を記入してください。