

第1号様式

認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービスの利用を必要とする理由書

令和 年 月 日

フリガナ												
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						
住所	〒 電話番号 () -											
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (ヶ月)											
要介護状態区分 及び最大利用 可能日数	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5											日
認定有効期間中の短期入所サービスの利用計画 (実績)												
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数												
利用累積日数												
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数												
利用累積日数												
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数												
利用累積日数												
指定居宅介護支援事業者名及び 介護支援専門員名												
申請理由												

- ・認定有効期間のおおむね半数を超えると見込まれる月の前月末までに提出してください。
- ・添付書類は、居宅サービス計画書標準様式の第1表及び第2表です。

<浜松市記入欄>

受付日	受付	確認	承認	備考

認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用承認通知書

上記の内容で、認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用を承認します。
ただし、承認期間は、認定有効期間とします。

令和 年 月 日

承認NO.

浜松市長

印