

短期入所サービス延長利用理由書

居宅介護支援事業所名

介 護 支 援 専 門 員

短期入所サービスの利用日数が、要介護認定有効期間の概ね半数を超えますので、
下記のとおり提出します。

被保険者番号		届出年月日	年 月 日
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒 電話番号		
認定区分	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
利用予定短期 入所サービス 事業所			
介護保険施設 申込みの有無	無 ・ 有 ：特養（ ） ・ 老健（ ） ・ その他（ ）		
認定有効期間 の概ね半数を 超えて利用す る理由	1. 独居であり、介護する家族がいない。 2. 同居家族が高齢・疾病等により、十分な介護ができない。 3. 利用者が認知症等により、同居家族の介護が困難である。 4. その他（ ）		
特記事項			

〈添付書類〉 居宅サービス計画書

※枠内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

※申請時の状況に変更があった場合は、速やかに申し出てください。