様式第26号の13(第2条関係)

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

短期入所サービスを利用した日数が、認定有効期間の半数を超えた時点において、
認定有効期間を４で除した日数を超えたため、下記のとおり提出します。

※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。

被保険者番号		届出年月日	年　月　日
ふりがな		性　別	男 ・ 女
氏　名		生年月日	明・大 昭　年　月　日
住　所	〒 電話番号		
認定区分	要介護状態区分　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５　要支援状態区分　１ ・ ２		
サービス利用	年　月　日　～　年　月　日		
利用予定短期入所サービス事業所			
申し込み中の介護保険施設	特 養（　）（　） 老 健（　）（　） 療養型（　）（　） その他（　）（　） ※2カ所以上の申し込みが必要（有料老人ホームは対象外）		
短期入所サービスを延長して利用する理由			

※欄内に記載が困難な場合は、裏面または別紙に記載してください。

〈添付書類〉
○居宅サービス（介護予防）計画書

確　認	年月日	状況	備考
		継続・中断・終了	
		継続・中断・終了	

〈参考〉認定有効期間が１年（365日）の場合
認定有効期間の半数　365日 ÷ 2 ＝ 182.5 ≒ 182日
認定有効期間を４で除した日数　365日 ÷ 4 ＝ 91.25 ≒ 91日