短期入所サービス長期利用理由書

年　　月　　日

能勢町長 　様

事業所名称

連絡先

管理者氏名

（担当介護支援専門員の氏名　　　　　　　　 ）

次のとおり、短期入所サービスの長期利用を位置付けましたので必要書類を添えて届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏名 | （　　歳） | 被保険者番号 |  | | | | |
| 住所 |  | | | | 性別 | | 男・女 |
| 認定期間 | 年　　月　　日～　　 　年　　月　　日 | | | 要介護度 | |  | |
| 利用開始日 | | 年　　月　　日～ | | | | | | |
| 利用事業所名 | |  | | | | | | |
| 本人の状況 |  | | | | | | | |
| 長期化する理由 |  | | | | | | | |
| 今後の方針 |  | | | | | | | |

※欄内で収まらない場合は、別紙（任意用紙）を添付してください。

必要書類 ・利用者基本情報

・アセスメントシート

・居宅サービス計画書（第１表～第3表）

・サービス担当者会議の要点及び居宅介護支援経過（第５表・第６表）