

短期入所利用日数の目安を超過する理由書

身延町〈基本情報・様式 1〉

提出日 令和 年 月 日

提出者	所属事業所名	
	介護支援専門員氏名	
	連絡先(電話番号)	

被保険者 (利用者)	被保険者番号		年齢	歳	生年月日	年 月 日	性別	
	フリガナ							
	氏名							
	住所	〒 - 電話番号						
	要介護認定 (該当に○)	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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
	短期入所利用期間 【利用実績を裏様式に記入】	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
	連続利用期間日数 (該当に○)	1. 認定有効期間の半数超過利用者(総利用日数 日間利用) 2. 30日超過の連続利用者						
被保険者 緊急連絡先	氏名				電話番号			
	住所							

〈総合的状況〉

認定有効期間の半数を超えて利用する事由	チェック項目 (該当に○)	・ 介護者がいない又は家族が対象者を介護できない状態にある。				
		・ 他の施設入所又は病院への入院が困難の状態にある。				
	上記の具体的な説明(別添資料可)					
	その他の理由(別添資料可)					
・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 の申し込み状況	施設名	申込日	待機人数	施設名	申込日	待機人数

保険者	ケース検討会 開催日	令和 年 月 日	意見欄	
-----	---------------	----------	-----	--

※ 短期入所利用施設名及び実績記入表並びに備考は裏面に記載されています。

一、短期入所利用の実績及び利用施設名記入表

利用期間										利用施設名
①	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	【 日間／月】【 】
②	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	【 日間／月】【 】
③	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	【 日間／月】【 】
④	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	【 日間／月】【 】
⑤	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	【 日間／月】【 】
⑥	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	【 日間／月】【 】
⑦	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	【 日間／月】【 】
⑧	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	【 日間／月】【 】
⑨	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	【 日間／月】【 】
⑩	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	【 日間／月】【 】
計										【 日間 】

二、備考

- 1、短期入所サービスは、あらかじめ期間を定めて利用するものであり、認定有効期間の概ね半数を超えないことが目安とされ、介護報酬の30日を連続算定日数の上限としています。
【連続30日を超えた利用については、原則全額利用者負担となります。】
- 2、この理由書は、短期入所サービス利用実績が半数超過もしくは連続30日超過すると見込まれる月、又は越えてしまった月に保険者に提出するとともに必要があれば事業所の方を踏まえてケース検討会を実施し、今後の対応を検討する資料となります。
- 3、提出の目安として、ア、積算して連続超過の利用者の方の場合(※参考例)、イ、連続30日超過が2回繰り返されている利用者の方の場合には3ヶ月目に入った時点で提出をお願いします。
- 5、「認定有効期間の半数を超える理由」については、できる限り詳しく記入してください。
- 6、①「居宅サービス計画書」、②「基本情報」、直近の③「アセスメント表」等の状況が把握できる書類を添付してください。

※（参考例）ア、積算して連続超過の利用者の方の場合

1ヶ月目に20日間使用、2ヶ月目に20日間使用、3ヶ月目に20日間使用で、積算(累積)して2ヶ月間使用となります。

4ヶ月目で20日間使用の予測がある場合には、理由書の提出が必要となります。