

短期入所生活（療養）介護が要介護認定期間の半数を超える場合の理由書

被保険者氏名								生年月日	明・大・昭	年	月	日
被保険者番号	0	0	0	0				認定期間	年 月 日～ 年 月 日			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5											
被保険者の身体状況等												
介護者（家族等）の状況												
短期入所生活（療養）介護の利用が要介護認定期間の半数を超える理由												
<p>（あて先）鎌倉市長</p> <p>上記のとおり、理由書を提出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>所在地</p> <p>事業所 名称</p> <p>電話番号</p> <p>介護支援専門員氏名</p>												
上記の内容について別紙のとおり回答してよいでしょうか。												
課長代理	課長補佐	担当係長	担当（給付）	担当者	起案	年	月	日				
					決裁	年	月	日				
					通知	年	月	日				

（注）居宅サービス計画書を添付してください。