

ショートステイ長期利用に関する理由書

匝瑳市 あて

令和 年 月 日

フリガナ 利用者名			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 TEL ()		
介護度			
認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
利用施設名			
利用者の状況			
ショートステイの長期利用が必要な理由			
今後の方針 (施設の申し込み等)			
添付書類	・居宅サービス計画書 ・サービス担当者会議録又はサービス担当者会議内容を含む支援経過記録		
担当者名	居宅介護(予防)支援事業所名 ケアマネージャー氏名		

上記の理由により、ショートステイ長期利用が特に必要と認められるので届出します。

保険者受付印

保険者受付印
