

# (記入例)

## 認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用届出書

フリガナ	かのや いさお	被保険者番号									
被保険者氏名	鹿屋 功										
生年月日	明治・大正・昭和 9年 10月 6日	性別	男・女								
住所	〒 893-8501 鹿屋市共栄町20番1号 電話番号 43-2111										
要介護状態区分	要介護状態区分 1 2 3 4 <b>5</b> 経過的要介護 要支援状態区分 1 2										
認定有効期間	平成 2年 11月 1日 から 平成 23年 10月 30日 まで										
利用予定の短期入所サービス事業所	番号	4	6	7	3	2	0	0	1	2	3
	名称	ショートステイかのや									
鹿屋市長 様 上記の被保険者が介護保険要介護・要支援認定有効期間の半数を超えて短期入所サービスを利用することを届け出します。											
平成 23年 6月 20日											
事業所番号		4	6	7	0	3	0	0	0	1	1
[居宅介護支援事業者] 住所 鹿屋市共栄町1番地2 名称 鹿屋共栄居宅介護支援事業所 電話番号 43-9876 介護支援専門員 串良 一郎 印											

認定期間の半数を超える月の前月に提出

※ 裏面に半数を超える利用の理由等を記入して下さい。短期入所サービス事業者の利用状況等も報告して下さい。

※ 添付書類 居宅サービス計画書 第1表・第2表、サービス担当者会議の要点直近のモニタリング表、利用票・利用票別表（半数を超える月分）

(鹿屋市確認欄)

認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用について理由届出書及び添付書類の内容を精査し、利用について確認しました。

平成 年 月 日

担当者氏名 印

**【理由欄】**

以下の内容等について概要を明記する。

**(本人の状況)**

- ・心身の状況及び介護内容の状況
- ・特別な医療処置の有無

**(介護者の状況)**

- ・介護者の健康状態
- ・介護協力者等
- ・日中・夜間等の介護力
- ・介護負担

**(介護サービスの利用状況)**

- ・訪問・通所系サービス利用状況
- ・他サービスへの変更等の検討

**(施設入所の検討内容)**

※ 短期入所サービス利用が有効期間の半数を超える理由（被保険者の状態・介護者の状況・施設入所への検討・他サービスへの変更等話し合いの経緯）を記載してください。

**短期入所サービス利用状況（予定）**

介護保険 利用月	区分支給限度基準日数 内の短期入所サービス 利用日数	利用日数 合 計	介護保険 利用月	区分支給限度基準日数	利用日数
11月	26日	26日			
12月	20日	46日			
1月	21日	67日			
2月	22日	89日			
3月	22日	111日			
4月	21日	132日		日	日
5月	23日	155日		日	日
6月	21日	176日	月	日	日
7月	22日	198日	月	日	日
8月	日	日	月	日	日
9月	日	日	月	日	日
10月	日	日	月	日	日

認定期間の半数を超える月の前月にモニタリング・担当者会議を行う。

例) 認定期間の半数を超える月が 7月の場合

担当者会議を6月に行い  
理由届出書の提出も6月中に行う

