

認定有効期間の半数を超え短期入所サービスを必要とする理由書

被保険者番号		被保険者氏名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
住 所	三島市 TEL () -		
認定有効期間	令和 年 月 日～ 年 月 日		
要介護度	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
居宅介護支援事業所		介護支援専門員	
短期入所利用施設名			

認定有効期間中の利用日数（理由書提出時点での実績と今後の計画を記入してください）

	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
日 数												
累 計												
	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
日 数												
累 計												

期間の半数を超えた利用を必要とする理由

- 1 利用者が認知症であること等により同居家族の介護が困難
- 2 同居家族が高齢・疾病等により、十分な看護ができない
- 3 その他

[]

三島市長 あて

年 月 日

住 所

提出者

氏 名

被保険者との続柄 ()

※ 代行で提出する場合のみ、記入してください。

居宅介護支援事業所

※市への提出資料（下記資料が必要です。）

ケアプラン（1、2表）

理由書の提出について

下記の理由により、認定有効期間の半数を超え短期入所サービスを利用する場合は、本理由書を介護保険課に提出してください。

- 1 提出時期 短期入所サービスの利用日数が、認定有効期間の半数を超える前月の末日までとする。
- 2 提出者 被保険者または被保険者の家族、居宅介護支援事業者

※ その他 全額自己負担で短期入所サービスを利用した場合は、理由書対象の理由日数に含まない。

記

※「介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。」

(三島市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例)

平成30年2月23日 第14条第1項24号

※利用者の心身の状況及び本人、家族等の意向に照らし、この目安を超えて短期入所サービスの利用が特に必要と認められる場合においては、これを上回る日数の短期入所サービスを居宅サービス計画に位置付けることも可能である。

(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について 解釈通知より)

三島市介護保険課
電話 055-983-2607
FAX 055-975-3456