

## 短期入所利用延長理由書

阪南市長 様

届出年月日                      年           月           日

被保険者番号		性別	男                  女
フリガナ	生年月日		
被保険者氏名	M・T・S                  年           月           日		
住所	〒	電話番号	
要介護状態区分	支 1 ・ 支 2 ・ 介 1 ・ 介 2 ・ 介 3 ・ 介 4 ・ 介 5		
認定の有効期間	年           月           日 ~                  年           月           日		
短期入所 利用実績 及び予定	実績	日	〈備考〉短期入所実績期間等
	予定	日	
	半数超え到達年月		
	年           月           日頃		

**延長理由**

1. 被保険者の状況(短期入所利用の半数を超えるに至った経緯)			
2. 家族の状況(家族構成図・年齢)		3. 支援状況	
4. 介護支援専門員として今後の支援に関する考え			
5. 施設申し込み状況(施設名・申し込み年月日・待機順等)			
居宅介護支援事業所名	印	確認年月日	確    認    印
電話番号			
担当ケアマネ氏名			結果                  可    ・    否