

宇多津町長 殿

居宅介護支援事業所

介護支援専門員氏名

連絡先

長期短期入所利用を必要とする理由書

利用者氏名		生年月日	・	被保険者番号	
住 所				要介護度	
認定の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
利用施設		入所申込先			
認定有効期間のうち今までの利用状況					
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 / 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 / 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 / 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
身体状況			家族状況		
認知面の状況			他の施設を検討したか (老健・特定施設・ケアハウス・有料など)		
以上を踏まえて長期の利用が必要と判断した理由					

※ケアプラン・アセスメント・担当者会議の記録を添付してください。