

認定有効期間の半数を超える短期入所の利用状況報告書

年 月 日

睦沢町長 様

居宅介護支援事業者名
居宅介護支援事業所名
介護支援専門員 氏名

印

下記の被保険者について、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第13条第21号に規定する「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」に該当する理由は、別添の居宅介護サービス計画書のとおりです。

記

1. 被保険者氏名..... 被保険者番号.....

被保険者住所.....

2. 要介護認定有効期間 年 月 日から 年 月 日

3. 有効期間内の利用日数（利用予定を含む）

利用年月												
保険利用日数												
累計利用日数												
他自費利用日数												

利用年月												
保険利用日数												
累計利用日数												
他自費利用日数												

4. その他（特筆すべき事項等があれば記載してください）

.....
.....
.....
.....