

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	性 別	男 ・ 女					
住 所	TEL ( ) -											
認定有効期間	年		月	日	～	年	月	日				
要 介 護 度	要介護度状態区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5											
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 ( )												
今後の支援方針												
伊豆の国市長 あて 年 月 日 居宅介護支援事業所名 介護支援専門員								市役所 受付印				

※認定有効期間の更新・区分変更による認定有効期間の変更があった後も、認定有効期間の半数を超えて利用する場合は、理由書を再提出してください。

## 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利用する場合は、本理由書を長寿福祉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します。  
(※認定有効期間の更新及び区分変更による認定有効期間の変更があった後も、認定有効期間の半数を超えて利用する場合は、理由書を再提出してください。)
- 2 提出者：居宅介護支援事業者
- 3 提出物：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  
※ケアプランの添付は必要ありません

## 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及び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等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。  
(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 平 11 厚令 38 第 13 条)

(前略) 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 平 11 老企 22 第二 3(7)⑱)

伊豆の国市長寿福祉課

電話：0558-76-8009