短期入所サービス利用半数超え報告書

年　　月　　日

市川市長

事業所名

事業所番号

介護支援専門員氏名

連絡先電話番号

下記の被保険者について、要介護認定等の有効期間の半数を超える短期入所の利用日数が見込まれるため、報告します。

被保険者番号			
被保険者氏名		要介護度	要支援１・２　要介護１・２・３・４・５
被保険者住所	〒		TEL
認 定 期 間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		

短期入所の利用実績及び見込

半数に達する利用実績・予定	利用年月								合計日数
	利用日数								日
半数を超える利用見込	利用年月								合計日数
	利用日数								日

短期入所サービスの半数を超える利用が必要と認められる理由（別紙添付可）