

要介護認定有効期間の半数を超える短期入所届出書

年 月 日

支援事業所名

介護支援専門員氏名

被保険者番号	0 0 0										
被保険者氏名											
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日						
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	認定期間	年	月	日	から	年	月	日	まで	
利用施設名			利用期間	年	月	日	から	年	月	日	まで
* 前月までの短期入所利用日数										日	

〈長期の短期入所利用が必要とされる理由〉

- ※ 認定期間の半数を超える短期入所の利用が見込まれた時点で届出を提出して下さい。
- ※ 認定期間を通して短期入所の利用が見込まれる場合、利用期間を認定期間に合わせての届出可。

保険者確認欄

確認者印	確認日