

課長	課長補佐	係長	担当	

短期入所日数が長期化する理由書

被 保 険 者	フリガナ				被保険者番号	0	0	0	0						
	氏名				生年月日	年 月 日									
	住所	瀬戸内市							性別	男・女					
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日													
	要介護度	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5											
家 族 構 成	氏名	年齢	本人との続柄	生活の状況(心身の状況・介護の状況等)											
本人の状況															
長期化する理由															
今後の方針															
<p>瀬戸内市長 殿</p> <p>上記理由により、短期入所の利用が長期化するので、<u>サービス担当者会議録</u>を添えて届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>事業所名 連絡先 介護支援専門員 氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>															