

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	平成 年 月 日 ～ 平成 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														
瀬戸内市長 殿 上記理由により、短期入所の利用が長期化するので、サービス担当者会議録を添えて届出します。 平成 年 月 日 事業所名 連絡先 介護支援専門員 氏名														