

### 短期入所サービス利用限度日数超過理由書

フリガナ		保険者番号		2	9	4	4	3	9
被保険者氏名		被保険者番号	4	4	3	0	0		
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	〒  電話番号 ( )								
要介護状態区分	要支援 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5								
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで( 日)								

短期入所サービスの利用日数が、要介護認定等の有効期間の概ね半数を超えることを必要とする特別な理由（概ね半数： $\text{日} \times 1/2 = \text{日}$ ）

- ・
- ・
- ・
- ・

下 市 町 長 殿

上記のとおり、短期入所サービス利用限度日数超過理由書の提出を下欄の居宅介護支援事業者の介護支援専門員に委任します。

年 月 日

被保険者 住 所  
氏 名  
電話番号 ( )

上記のとおり、短期入所サービス利用限度日数超過理由書について、私が被保険者の委任を受け、受任することに同意し、提出します。

年 月 日

居宅介護支援事業者

所 在 地  
名 称

介護支援専門員 氏名 電話番号 ( )

担当意見		課 長	主 幹	補 佐	担 当 者	保 存
						1 5 10 永