**短期入所サービス長期利用理由書**

（※認定期間の半数を超える利用）

年　　月　　日

　（宛先）

滑川町長

事業所名称

事業所住所

電話番号

担当者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| **氏　　名** |  |
| **被保険者番号** |  |
| **生年月日** | 年　　月　　日 |
| **要介護度** | 要支援　１　　２　　　要介護　　１　　２　　３　　４　　５ |
| **認定有効期間** | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| **理　　由**短期入所サービスを利用する理由（本人、介護者の状況や利用の必要性等詳しく記入してください。） |  |