

短期入所超過利用理由書

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

1. 利用者の心身の状況

2. 介護者の状況

3. 超過利用が必要と判断した理由

※1～3の項目について用紙に書き切れない場合には、別紙の添付等を行ってください

4. 過去の短期入所の利用状況

過去1年間に利用（あり・なし）

年 月 (超過 有・無)	日	年 月 (超過 有・無)	日	年 月 (超過 有・無)	日	年 月 (超過 有・無)	日	合計
年 月 (超過 有・無)	日	年 月 (超過 有・無)	日	年 月 (超過 有・無)	日	年 月 (超過 有・無)	日	日
年 月 (超過 有・無)	日	年 月 (超過 有・無)	日	年 月 (超過 有・無)	日	年 月 (超過 有・無)	日	
年 月 (超過 有・無)	日	年 月 (超過 有・無)	日	年 月 (超過 有・無)	日	年 月 (超過 有・無)	日	

30日超過が発生した月の「有」を○で囲んでください

※30日超過が月をまたぐ場合、31日目が含まれる月の「有」を○で囲んでください