

年 月 日

米 原 市 長 様

申請者 { 事業所
担当者
連絡先

短期入所サービスの長期利用にかかる報告書

1 被保険者

氏名	(歳)	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2
被保険者番号			<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5
		(有効期間	年 月 日～ 年 月 日)

2 短期入所サービスの利用が長期化している理由

--

3 改善策・今後の支援の方向性

改善策	
今後の支援の方向性	

4 地域包括支援センターへの相談

<input type="checkbox"/> している	年 月 日 (担当者:) 相談結果:
<input type="checkbox"/> していない	相談予定あり (月 日予定)・相談予定なし

保険者確認欄

決 裁	課 長	課長補佐	リーダー	担 当	合 議	
					介護保険 G	包括 G

{ ケアマネジャーへの助言・支援等 }