

## 理由書

すさみ町長 様

居宅介護支援事業所名

住 所

電話番号

介護支援専門員氏名

下記の者は以下の理由により短期入所生活介護の延長が必要と思われます。

利用者	被保険者番号		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳
	被保険者氏名			
	住 所	和歌山県西牟婁郡すさみ町		
	要介護状態区分	要支援1・要支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5		
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
ショートステイ利用状況	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間 事業所名 ( )			
延長が必要な理由				
延長期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間 事業所名 ( )			

\*添付書類 居宅サービス計画書(1)(2)・週間サービス計画表