

年 月 日

四街道市長 様

居宅介護支援事業者

所在地

名 称

代表者氏名

指定基準（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準）第13条第21号の規定による「特に必要と認められる場合」に該当する理由書

次の被保険者の心身の状況、介護の環境及び家族の意向等について総合的に勘案したところ、指定基準第13条第21号の「特に必要と認められる場合」に該当するものと判断しましたので、その理由書を提出します。

	被保険者番号		
フリガナ 被保険者氏名		性 別	
住 所	〒  電話		
短期入所日数 を特に必要と 認めた理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の心身の状況から施設入所が適当と判断するが、被保険者本人又は家族が短期入所を利用しながら居宅生活の維持を強く希望している。 <input type="checkbox"/> 介護者の入院等の理由により一時的に短期入所の連続利用が必要となった。 <input type="checkbox"/> その他（以下に詳細を記入してください。）		

備考 この理由書は、認定有効期間ごとに提出してください。ただし、「介護者の入院等」の場合は、その都度提出してください。

要介護度	認定有効期間	短期入所施設名称
	年 月 日 ～ 年 月 日	