

短期入所サービス利用についての状況調書【 月利用分】  
 (認定の有効期間の半数を超えるため) 【認定期間12か月用】

居宅介護支援事業者

所在 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

介護支援専門員 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

被保険者番号	0	0																
被保険者	住所																	
	氏名												生年月日	明・大・昭	年	月		
要介護度	要支援 ・ 要介護 ( )																	
要介護認定の有効期間	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日																	
前月までの利用日数	日	内訳	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目	7月目	8月目	9月目	10月目	11月目	12月目	計	*半数を超える月を○で囲む		
1. 介護支援専門員の所見																		
2. 家族構成および状況																		
3. 利用者の心身の状況およびその置かれている環境																		
4. 家族および利用者の意向																		
5. サービス事業者の所見			サービス事業者名															

※注 利用月の前月までに提出してください。  
 該当月は、各月提出してください。