（様式第1号）

介護保険　短期入所累積利用日数報告書（認定有効期間の半数を超える）

被保険者番号	0 0 0 0				年　月　日
フリガナ		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日
被保険者氏名					
要介護（要支援）状態区分	・要支援（１・２） ・要介護（１・２・３・４・５）	有効期間	年　月　日から 年　月　日		
支援事業所		専門員氏名		有効期間の半数	日

認定有効期間の半数を超える理由	1. 利用者が独居で在宅生活が困難 2. 利用者の重度認知症（認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上） 3. 介護者の高齢・疾病・入院・疲労などによる介護困難 4. その他（　　）
具体的理由	
介護保険施設等の申し込み状況	1. 申し込みなし（在宅希望） 2. 介護保険施設 ・特養（　　） ・老健（　　） ・介護療養（　　） 3. その他（　　）　【申込時期　　年　　月頃】

短期入所の利用状況	利用状況	利用日数	今後の在宅介護の方向性及び介護支援専門員の意見等
	月　日 ～ 月　日	日	
	月　日 ～ 月　日	日	
	月　日 ～ 月　日	日	
	月　日 ～ 月　日	日	
	月　日 ～ 月　日	日	
	月　日 ～ 月　日	日	
	月　日 ～ 月　日	日	
	月　日 ～ 月　日	日	
	月　日 ～ 月　日	日	
	月　日 ～ 月　日	日	
	月　日 ～ 月　日	日	
	月　日 ～ 月　日	日	
	合　計	日	

※北見市記入欄

受付印	添付書類確認	基本番号	判定結果	決裁欄 課長	副主幹	係長	担当
	1. 計画書1・2票 2. 利用票・利用票別票		1. 承認 2. 却下				
				認定担当 給付担当			