

短期入所生活介護・短期入所療養介護半数超過理由書

吹田市長宛

年 月 日

事業所番号

事業所名

TEL

担当者

対象者	被保険者番号	
	住所	
	フリガナ	
	被保険者氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和・西暦 年 月 日
	要介護状態区分	要支援1・2・要介護1・2・3・4・5
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
【理由並びに対応策】		

※半数超過する月のサービス利用票及びサービス利用票別表を添付してください。