　年　　月　　日

**短期入所利用(特例)にかかる理由書**

（あて先）　松 戸 市 長

事業所番号:

事業所名称:

所在地:

電話番号:

介護支援専門員:

以下の被保険者は、 　　　年　　　月で〔短期入所生活介護・短期入所療養介護〕における利用日数が要介護認定有効期間のおおむね半数を超えるので、本書を提出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | | 年　 月 　 日（　　歳） | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | 要介護度 | | 支 １ ２ 介 １ ２ ３ ４ ５ | |
| 住　　所 | | | | 松戸市 | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定有効期間 | | | | 年　　月　　日 ～　 　　年　　月　　日（　　　日間） | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定期間中の短期入所利用日数※ | | | | 前月までの  利用日数⑴ | | | | | 当月の利用  予定日数⑵ | | | | 当月までの  累積日数⑴+⑵ | | 認定有効期間の半数を超える日の初日 |
| 日 | | | | | 日 | | | | 日 | | 年 月 日 |
| 特に必要とする理由  （足りない場合は適宜  別紙を追加ください。） | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 今後の方針  施設の申込み等 | | | |  | | | | | | | | | | | |

下記担当課記載欄

収 受 印

* 裏面に記載されている「理由書の書き方」を参考にしていただき、作成ください。
* 提出については認定有効期間の半数を超える月を経過するまでに提出ください。

理由書の書き方（よくある質問）

* 理由書の提出はいつごろが望ましいですか？

→ 確実に認定有効期間の半数を超えることが見込まれるようになってからご提出く

ださい。（半数の期間を超過する月の１ヶ月前程度）

* 日数のカウントについては自費の利用についても含まれますか？

→ 保険適用分のみとなります。ただし、支給限度額を超えての利用があった場合、

限度内相当の利用日数を以下のとおり計算します。

短期入所サービスの区分支給限度基準内単位数÷短期入所の総単位数×短期入所の

総利用日数（小数点以下切り捨て）

* 同一日にA事業所からB事業所に移動して短期入所生活介護を利用したときの半数計算についてはA・B事業所それぞれを１日ずつ(合計２日分)とカウントしますか？

→ 半数超えに関してはあくまで暦の日数の上での利用日をカウントします。

* 認定有効期間の半数について端数（例365日の半分182.5日）があるときはどのように考えればよいですか？

→ 例の場合であれば、半数を超えるのは183日目の利用日からです。

* 本理由書が受理されたあとは、何か書類が届くのですか？

→ 利用所の受理後に当該居宅介護支援事業所宛てに「短期入所の利用（特例）承認通

知書」を郵送します。

* 認定有効期間が１２ヶ月を超えているときにおいても利用日数が認定有効期間の半分の日数を超えたときに提出するということですか？

→ お見込みのとおりです。

* 認定有効期間の半数を超えている利用が半数超過の翌月以降に発覚しました。どのように対応したらよいですか？

→ まずは介護保険課にご相談ください。

* 介護支援専門員が認定有効期間の途中で交代したときはどうすればいいですか？

→ 引継ぎの際に利用状況を確認してください。あくまで認定有効期間のおおよそ半数

の日数の利用を超過しているかを確認しています。

その他、ご不明なことがありましたら下記の問合せ先にお問い合わせください。

【問合せ先】

介護保険課　給付班　０４７－３６６－７０６７

理由書の書き方

（記載例）

（あて先）　松 戸 市 長

事業所番号:

居宅介護支援センターまつど

1217010000

事業所名称:

松戸市根本３８７番地の５

所在地:

047-366-0000

電話番号:

介護支援専門員:

松戸　花子

以下の被保険者は、 令和３　年　７月で〔短期入所生活介護・短期入所療養介護〕における利用日数が要介護認定有効期間のおおむね半数を超えるので、本書を提出します。

ここでの当月は、半数を

超える月(例だと7月)です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 0 | 0 | 1 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 生年月日 | | S11年 1月 11 日（　82歳） | |
| 被保険者氏名 | 千葉　太朗 | | | | | | | | | | | 要介護度 | | 支 １ ２ 介 １ ２ ３ 5 | |
| 住　　所 | | | | 松戸市　根本３８７番地の１０ | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定有効期間 | | | | 令和　２年 ８月 １日 ～令和　４年　７月３１日（７３０日間） | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定期間中の短期入所利用日数等 | | | | 前月までの  利用日数⑴ | | | | | 当月の利用  予定日数⑵ | | | | 当月までの  累積日数⑴+⑵ | | 認定有効期間の半数を超える日の初日  の初日 |
| 360日 | | | | | 18日 | | | | 378日 | | 3年7月6日 |
| 特に必要とする理由  （足りない場合は適宜  別紙を追加ください。） | | | | 利用者は妻と二人暮らし。在宅でのサービスを利用しながら週に３日～４日のショートステイを使用している。夫婦においてもできるだけ在宅の希望はあるが、妻においても持病の慢性的な腰痛に加えて下肢筋力の低下が顕著になっていること、また介護することへの精神的・肉体的な疲労があることから、現在のショートステイの利用日数が継続していくことが見込まれている。 | | | | | | | | | | | |
| 今後の方針  施設の申込み等 | | | | 現在、施設入所も検討(一部施設への見学も実施)しているが「家族の支援と休息」のバランスをみながら本人および家族の希望でもある在宅を中心としたサービス提供を続けていく方向。 | | | | | | | | | | | |

下記担当課記載欄

収 受 印

* 裏面に記載されている「理由書の書き方」を参考にしていただき、作成ください。
* 提出については認定有効期間の半数を超える月を経過するまでに提出ください。