年　　　月　　　日

短期入所サービス利用報告書

上　山　市　長　様

事業所名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定期間 |  | | | | | | | | | | | |
| 担当介護支援専門員氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| これまでの短期入所サービス利用日数 | | 日（　　月末現在） | | | | | | | | | | |
| 今後の短期入所サービス利用予定日数 | | 日 | | | | | | | | | | |
| 本人の状況及び家族の意向 | | | | | | | | | | | | |
| 必要と認めた理由 | | | | | | | | | | | | |

※ケアプラン第１表及び第７表を添付すること。