平成　　年　　月　　日

（あて先）
千葉市介護保険課

[居宅介護支援事業者]
事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号（　　）　　－＿＿＿＿＿＿
担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

認定有効期間の半数を超える短期入所サービスの利用について

下記の被保険者について、短期入所サービスの利用日数が認定有効期間の半数を超えることが見込まれますので届け出ます。

記

<table>
<tr><td rowspan="5">被保険者</td><td>被保険者番号</td><td colspan="5"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">明治・大正・昭和
年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="5">ﾌﾘｶﾞﾅ</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>要介護状態区分</td><td colspan="7">要介護　１　２　３　４　５　　要支援　１　２</td></tr>
<tr><td>認定期間</td><td colspan="7">平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">現在の利用状況</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">半数超えとなる年月</td><td colspan="7">年　　月頃</td></tr>
<tr><td colspan="2">半数超えとなる理由</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

（注意）
※半数超えとなる見込みの一月前を目安に提出してください。
※確認結果についての通知は行いませんが、内容の確認をさせていただく場合があります。