

令和 年 月 日

可児市長 富田 成輝 様

事業所名

所在地

電話番号

短期入所サービスの利用が要介護認定期間の半数を超える理由について、下記の被保険者について、別紙のとおり提出します。

記

被保険者番号 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

要介護状態区分 \_\_\_\_\_

認定有効期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日