

総合事業対象者（区分支給限度額・利用回数）変更申請書

佐久市高齢者福祉課

(申請者) _____

フリガナ		<input type="checkbox"/> 新規	被保険者番号	
被保険者氏名		<input type="checkbox"/> 継続	生年月日	大正 昭和 年 月 日 (歳)
住 所	長野県佐久市			
地域包括支援センター	(担当者)			
居宅介護支援事業所	(連絡先)			
サービス種類	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護 (週 回)		<input type="checkbox"/> 介護予防通所介護 (週 回)	
支給限度額 変更申請理由	1.退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながるため 2.自宅での入浴が困難であるため [] 3.身体面・医療面での介入が必要であるため。 4.複数の生活支援サービスが必要であるため。 5.その他 (具体的に記入してください) []			
ケアプランの目標期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
備 考				

- 注意 ・申請する被保険者の心身の状態のわかる介護予防サービス・支援計画票の写しを添付し、理由がわかるところにマーカーでしるしてください。(計画表の写しに計画作成者氏名の記載がない場合は、上記担当者欄に記載してください。)
- ・限度額が 5,032 単位を超える場合、利用回数が介護予防訪問介護週 3 回または介護予防通所介護週 2 回の利用の場合に提出してください。
 - ・限度額変更が認められる期間は概ね 6 か月とし、1 か月あたりの支給限度額は 7,155 単位とします。
 - ・継続の必要がある場合は、次回の見直し時期までに再度同じ申請が必要です。

市記入欄

区 分	期 間	備 考			
1 可	年 月 日から				
2 不可	年 月 日まで				
課 長	企 画 幹	支 援 係 長	給 付 係 長	係	受 理 者

年 月 日 受付
年 月 日 決裁
年 月 日 施行