

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 5,003 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。
 - ・変更申請後、市から申請を承認する旨の連絡を受けてからプランを作成してください。
 - ・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 7,081 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