

総合事業対象者（区分支給限度額・利用回数）変更申請書

申請年月日 年 月 日

(申請先) 佐久市長

次のとおり申請します。

(申請者署名)

被 保 險 者	被保険者番号					
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏 名				(歳)	
	住 所	性 別 男 ・ 女				
	〒 電話番号 ()					

提 出 代 行 者	事業所名			担当者名	
	住 所	〒 電話番号 ()			

サービス種類 (利用回数)	<input type="checkbox"/> 訪問介護相当サービス (週 回) <input type="checkbox"/> 通所介護相当サービス (週 回)
変更申請理由	
ケアプランの期間	年 月 日 ~ 年 月 日

- ・区分支給限度額を超える場合、訪問介護相当サービスを週3回または通所介護相当サービスを週2回利用希望の場合に提出してください。
- ・申請書を提出する前にケース連絡会等で事前協議を行い、協議内容を変更申請理由欄へ記載してください。
- ・変更理由が分かる箇所を示した介護予防サービス・支援計画書（写し）を申請書へ添付し、提出してください。
- ・限度額及び利用回数の変更が認められる期間は原則6ヶ月とし、それを超える場合には、再度申請を行う必要があります。

課長等	係長	係	受理処理欄