　　年　　月　　日

新　規　・　継　続

**事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書**

（宛先）　今治市長

（申請者）　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

１　被保険者氏名

２　被保険者番号

３　被保険者住所

４　現在利用しているサービス

　　　　　　□　訪問型サービス（現行相当）

　　　　　　□　通所型サービス（現行相当）

　　　　　　□　通所型サービス（ミニデイ型・機能向上型）

　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

５　区分支給限度額変更の理由　※（１）または（２）に○をしてください。

（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）　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６　ケアプランの目標期間

　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　～　　　　　　　　年　　　月　　　日

７　次回見直し時期

　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

【添付書類】　介護予防サービス・支援計画書、サービス担当者会議の要点