

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