

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
(新規 ・ 継続)

令和 年 月 日

呉市長様

申請者 事業所名
電話番号
担当者氏名

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0							
	フリガナ						性 別	男 ・ 女			
	氏 名						生年月日	大・昭 年 月 日			
	住 所	〒 ー 呉市					電話番号				
	要介護状態 認定区分等	事業対象者 認定の有効期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)									

変 更 理 由 等	利用を希望する サービス	訪問型	☐ 従前相当サービス	単位
			☐ サービス・活動A	単位
		通所型	☐ 従前相当サービス	単位
		単 位 数 合 計		単位
	区分支給限度額の変 更理由			
ケアプランの 目標期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
次回見直し時期	令和 年 月 日			

- 【添付書類】 ☐介護保険被保険者証
☐呉市版 介護予防アセスメントシート
☐介護予防サービス・支援計画表 (写し)
☐サービス担当者会議の要点

※この様式は、確認を得て、区分支給限度額を変更するために使用します。
※事業対象者のうち、退院直後等で集中的にサービス利用することが自立支援につながると考えられるような場合に、1月5,032単位以上のサービス利用を一時的に(3か月以内の必要な期間)可能にするための届出です。
※1回に限り継続申請を行うことができます。
(継続期間終了後も区分支給限度額を超えるサービス利用が必要な場合は、要介護(要支援)認定申請をしてください。)

受付印