様式第４号（第９条関係）

総合事業対象者に係る一時的な区分支給限度額変更申請書

年　　月　　日

つがる市長

申請者　　 事業所名

担当者氏名

電話番号

新　規　・　継　続　（どちらかに○をしてください。）

１　被保険者番号

２　被保険者氏名

３　被保険者住所

４　現在利用しているサービス

□介護予防訪問介護相当サービス

□介護予防通所介護相当サービス

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　区分支給限度額変更の理由

　　　　　　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．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６　ケアプランの目標期間

　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日

【添付書類】介護予防サービス・支援計画書（写し）

------------------------------------------------------------------------------------

上記内容及び添付資料について確認しました。

※この申請書は、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。

つがる市確認印

※継続の場合は、次回ケアプラン見直し時期までに再度申請書を提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| つがる市確認印 | |
| つがる市確認印 |