

総合事業対象者における区分支給限度額変更申請書

五所川原市長

(申請者) 事業所名 _____

担当者名 _____

- 1 被保険者名
- 2 被保険者番号
- 3 住所
- 4 現在利用しているサービス
介護予防訪問介護
介護予防通所介護
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
平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

【添付書類】 介護予防サービス・支援計画書

- ※ 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。
- ※ 継続の必要がある場合は、次回見直し時期までに再度同じ書類をご提出下さい。