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）金沢市長

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | フリガナ |  | 被保険者と　　の関係 | １．本人  ２．親族（　　　　）  ３．地域包括支援センター |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号 | | |

※申請者が地域包括支援センターの場合は、センター名と担当者名をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業対象者 | 申請区分 | □新規　　□中止 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | 申請年月日 | 年　　　月　　　日 |
| フリガナ  氏名 |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 事業対象者 | チェックリスト実施日 | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 介護予防ケアマネジメント  依頼届出書届出日 | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 区分支給限度額変更 | 現在利用しているサービス | □介護予防訪問介護、介護予防型訪問サービス　　□基準緩和型訪問サービス  □介護予防通所介護、介護予防型通所サービス　　□基準緩和型通所サービス  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 区分支給限度額変更の理由 | □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。  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| ケアプランの  目標期間 | 年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日  ※概ね３か月程度 | | | | | | | | | | | | |

【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、被保険者証

※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。