

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
	氏名			2. 親族 ()
	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	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 中止	
	被保険者番号		申請年月日 年 月 日
	フリガナ		生年月日 年 月 日
	氏名		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	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護、介護予防型訪問サービス <input type="checkbox"/> 基準緩和型訪問サービス <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護、介護予防型通所サービス <input type="checkbox"/> 基準緩和型通所サービス <input type="checkbox"/> その他 ()	
	区分支給限度額変更の理由	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。