

総合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

記入例

新規・継続  
令和 年 月 日

(あて先)十和田市長

申請者 事業者名称  
所在地  
  
電話番号  
担当者氏名

すべて記載  
してください。

総合事業対象者における一時的な区分支給限度額の変更について、次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)
	氏名					性別	男	・	女		

い 現 在 サ リ 用 ビ ス テ	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input checked="" type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> その他 ( )
額 区 変 分 更 の 支 給 限 度 理 由	<input checked="" 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"/> 家族が一時的に入院等不在時になり支援が必要なため。 <input type="checkbox"/> 掃除の手順・やり方を見直してもらえば一人で家事が出来るようになるため。 <input type="checkbox"/> 疼痛悪化し、日常の動作が低下しているため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )
具 体 的 な 状 況 等	病名や身体的状況などをふまえ、現在の様子(サービス利用内容等)を記載してください。
目 標 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※ 最大でも半年間以内
次 回 見 直 時 期	令和 年 月 日 ※ 目標期間終了までの日にちにしてください。

- ※ 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、次回見直時期までに再度同じ書類をご提出ください。
- ※ 有効期間が記載された介護保険被保険者証があるかたは、一緒にご提出ください

上記内容について確認しました。

確認印 十和田市地域包括支援センター

下記のとおり決定します。

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	担 当	該 当 ・ 却 下

