新規・継続

事業対象者における区分支給限度額変更申請書

　府 中 町 長　様

　（高齢介護課）

（届出者）　事業所名　府中町包括支援センター

担当者名

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 府中町 |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 区分支給限度額の変更理由 | １．退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援につながるため。２．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更の期間 | 　３か月　・　６か月（必要な期間に○を記入） |
| 次回見直し時期 | 　令和　　　年　　　月　　　日 |

【添付書類】介護予防サービス・支援計画書（Ⅰ）（Ⅱ）、サービス担当者会議の要点