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