

事業対象者の一時的な支給限度額変更申請書

[新規・継続]

大和高田市長 殿

年 月 日

介護予防支援事業所名
地域包括支援センター名

担当介護支援専門員（担当者）名

下記の被保険者に係る事業対象者の支給限度額の変更を認めるように申請します。

被 保 険 者 名		性 別	生 年 月 日	大正・昭和	年	月	日
被 保 険 者 番 号		住 所					
事 業 対 象 者 認 定 日		年	月	日	認 定 有 効 期 間		年 月 日 ~
疾 病 名							
ケ ア プ ラ ン 目 標 期 間		年	月	日	~	年	月 日
該 当 する 理 由 に ○ を 付 けて 下 さい		退 院 直 後 (退 院 日		年	月	日)	
		疾 病 末 期 の 状 態					
		そ の 他 理 由 (
支 給 限 度 額 を 超 え て 給 付 管 理 す る 理 由 (医 師 の 医 学 的 所 見 及 び サ ー ビ ス 担 当 者 会 議 等 の 内 容 を 踏 ま え て)		主 治 医 氏 名					
		サ ー ビ ス 担 当 者 会 議 開 催 日 年 月 日					

- ※ 承認されれば事業対象者2となり、支給限度額は要支援2の方と同じ、1ヶ月当たり10,531単位です。
- ※ 下記の承認期間が過ぎれば、事業対象者1に戻りますので、速やかに介護保険被保険者証の再提出をお願いします。(介護保険課で介護保険被保険者証に支給限度額の書き換えをします。)
- ※ 継続して支給限度額の変更が必要な場合は、再度のこの申請書の提出が必要となります。なお、継続して承認されても、最初の3ヶ月を含めて連続6ヶ月までが限度です。

※ 保険者使用欄（この欄は記入しないで下さい。）

承 認 期 間		年	月	日	~	年	月	日	ま だ
備 考									
見 直 し 年 月 日			年	月	日				