新規　・　継続

**総合事業対象者に対する区分支給限度額の変更申請書**

（申請者）　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

１　被保険者番号：

２　被保険者氏名：

３　　住　　所　：

４　現在利用しているサービス

　　　□自立支援訪問介護　　　□生活応援訪問介護

　　　□自立支援通所介護　　　□生活応援通所介護

　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　区分支給限度額変更の理由

|  |
| --- |
|  |

６　ケアプランの目標期間

　　　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日

７　次回見直し時期

　　　　　　　　年　　　月　　　日

【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

※　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、次回見直し時期までに再度同じ書類をご提出ください。