

柏崎市介護予防・日常生活支援総合事業対象者にかかる  
区分支給限度額変更理由の届出書

被保険者の住所	柏崎市								
被保険者の氏名	印		性別	男・女	生年月日	年 月 日			
被保険者番号									
退院直後で区分支給限度額の変更を希望する理由	医療機関名				退院日	年 月 日			
集中的にサービス利用をすることで自立支援が図れる事柄									
添付書類	<input type="checkbox"/> ケアプラン								

(注意事項)

- ・ 利用者の状態が退院直後で、ケアプランに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とされる旨の目標が設定されていること。
- ・ 該当する場合は、要支援2の介護予防給付の区分支給限度額の範囲内で給付管理を行うことができる。

上記のとおり、区分支給限度額の変更を希望しますので届出ます。

年 月 日 地域包括支援センター 又は、  
居宅介護支援事業所の名称：  
介護支援専門員の氏名：

検討結果	<input type="checkbox"/> 可	区分変更年月日 (退院後3か月)	年 月 日 ~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 不可	( )	

保険者確認欄