　新規　・　継続

年　　月　　日

総合事業対象者の利用限度額及び要支援2相当サービス利用連絡票

事業所名

（申請者） 担 当 者

連 絡 先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | |  | | | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 氏　　名 | |  | | | | |
| 住　　所 | | 〒  電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | |
| 現在利用中サービス内容（いずれかに〇） | | | | | | | | | | | |
| 独自訪問 | | 緩和訪問 | | 独自通所 | | 緩和通所 | 通所B | | 通所C | | ふれペン |
|  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 区分支給額限度額変更の理由  （□に✓） | | * 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 * 体調の変化により、一時的にサービスを増やす必要があるため * 養護者といえる同居家族の急変（死亡）や不在など一時的な環境の変化があり、その間のみサービスを増やす必要があるため * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ケアプラン目標期間 | | | | | 年　　月　　日　　～　　　　年　　　月　　日 | | | | | | |
| 次回見直し時期 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |

【添付書類】　〇ケアプラン　〇サービス担当者会議の要点

※継続の必要がある場合には、次回の見直し時期まで再度同じ書類を提出してください。