**総合事業対象者における支給限度額増額申請書**

 (宛先)安曇野市長

下記について、一時的に支給限度額を増額する必要があるため申請します。

<申請者>　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ㊞　 | 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　 |

<支給限度額変更の理由等>

|  |  |
| --- | --- |
| 利用予定のサービス | □訪問介護相当サービス(週　　回)　　□訪問型サービスＡ(週　　回)□通所介護相当サービス(週　　回)　　□通所型サービスＡ(週　　回)合計　　　　　　　　　単位　　 |
| 支給限度額増額の理由 |  |
| ケアプランの増額予定期間 | 平成　　　年　　　月　　　日　～　平成　　　年　　　月　　　日※変更可能期間は６か月を限度とします。 |

支給限度額増額の必要性を確認いたしましたので、関係書類を添えて提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 計画作成担当者 | 地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所の名称： |
| 計画作成担当者名： |