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。