様式第１号（第５条関係）

区分支給限度基準額の拡大利用承認願

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認定の有効期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 要介護状態区分 | 要介護　１・２・３・４・５ |
| ふりがな |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 |  |
| 住　　所 |  |

　　　安来市長　様

　　　　裏面の理由により、当該被保険者について限度額の拡大利用を承認願います。

　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

【添付書類】

　　居宅サービス計画書（第１表、第２表、第３表）の写し

　　サービス利用票及び別表の写し（拡大利用開始月のもの）

　　サービス担当者会議の記録の写し

|  |  |
| --- | --- |
| 同意書 | 　　この申請に対し、私及び私と生計を一にする者の課税状況等について、課税担当課等の資料により調査されることに同意します。　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　被保険者　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

（裏面）

（限度額の拡大利用が必要な理由）

|  |
| --- |
| 　　現状の問題点（生活の状況、本人・家族の状況について必要性がわかるよう具体的に記入してください。）* 該当するものに○をしてください。

認知症（認知症自立度　　　　）　・　寝たきり（日常生活自立度　　　　　）　　　　独居　・　高齢者世帯　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |

|  |
| --- |
| 　　拡大利用で期待する効果・目標 |