

記入例

様式第1号（第5条関係）

利用前に提出

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	かいご はなこ	被保険者番号	0000XXXXX
被保険者氏名	介護 花子	生年月日	昭和××年××月××日
住所	●●町●●××番地		

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 ○○事業所

介護支援専門員氏名 広瀬 一郎 広瀬 印

【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

添付してください。

同意書	<p>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。</p> <p>××年 ××月 ××日</p> <p>被保険者 住所 ●●町●●××番地 氏名 介護 花子 介護 印</p>
-----	--

記入例

(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。）

夫婦二人暮らし。夫が主に介護しているが、高齢であり、また自身も疾患を抱えており、生活の多くに介助を要する妻の介護に疲労が見られる。遠方に住む娘が数ヶ月に一度訪れて介護を手伝うが、短期間であり、夫の介護負担の軽減には至らない。対象者も夫に負担をかけていることを気に病み、精神的負担を感じており、「リハビリをがんばって自分のことは自分でできるようになりたい」との希望がある。

対象者、夫とも、在宅での2人の生活を続けることを望んでいるが、現状では夫に何かあれば妻も自宅での生活は困難である。

区分支給限度基準額を超える利用が必要と判断された状況を具体的に記入してください。

認知症に該当する場合は認知症自立度を、寝たきりに該当する場合は日常生活自立度をご記入ください。

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

脳梗塞の後遺症で麻痺が残るが、リハビリによりある程度の改善が期待できる。この数ヶ月でリハビリを集中的に利用し、居室からトイレまでの歩行器移動と、排泄の自立を図る。

また、ショート利用により夫の介護負担を軽減することで、対象者の精神的安定も期待でき、安定した在宅生活の継続が可能となる。

拡大利用がもたらす効果、どのような状況を期待して拡大利用するのかなど、具体的にわかりやすくご記入ください。

記入例

様式第3号（第8条関係）

利用後に提出

区分支給限度基準額の拡大による居宅サービス費支給申請書

被保険者番号	0000XXXXX	サービス提供年月	平成××年××月
ふりがな	かいご はなこ	生年月日	昭和××年××月××日
被保険者氏名	介護 花子	電話番号	××-××××
住所	●●町●●××番地		

当該月に利用した 居宅サービスの総費用	279,400円 (①)	例示のサービス利用票別表「ア」
特別給付対象額	3,130円 (②=①-区分支給限度基準内単位数×10)	
特別給付額	2,504円 (②×80/100)	例示のサービス利用票別表「ウ」×10 (=「ア」-「イ」)×10

安来市長 様

上記のとおり、限度額の拡大による居宅サービス費の支給を申請します。

××年 ××月 ××日

申請者（被保険者本人） 住所 ●●町●●××番地

氏名 介護 花子  印

※添付書類・・・サービス利用票及び利用票別表の写し（実績を記載したもの）

添付してください。

記入例

様式第3号 支給申請書に添付

区分支給限度基準額の拡大による居宅サービス費受領委任状

安来市長 様

区分支給限度基準額の拡大による居宅サービス費の受領について、下記のものに委任します。

××年 ××月 ××日

委任する者
(被保険者本人)

住所 ●●町●● ××番地

氏名 介護 花子 (介護) (印)

委任される者
(サービス提供事業者)

事業者名 A通所リハ事業所

代表者名 福祉 一郎 (福祉) (印)

所在地 ○○町□□ ××番地

事業者番号 ××××××××××

電話番号 ××××-××-××××

次に指定する金融機関口座へ振り込んでください。

口座振込依頼欄	
金融機関名	△△△△△ 銀行 ・ 農協 (信組) ・ 金庫
支店名	△△△△△ 本所 ・ 支所 ・ 出張所 本店 ・ (支店) ・ 代理店
口座種別	(普通) ・ 当座 ・ その他
口座番号	××××××××
口座名義人	(ふりがな) ○○○○○○○○○○
	A通所リハ事業所

記入例

(記入例用) サービス利用票別表

サービス利用票別表

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引適用後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額(保険対象分)	給付率(%)	保険給付額	利用(保険)	
					率%	単位数												
A通所リハ		通所リハⅢ253		982			10	9,820										
		通所リハビリ入浴介助加算		50			5	250										
		通所リハマネジメント加算Ⅱ		700			1	700										
		通所リハ 計						10,770			307	10,463	10.00	104,630	90	94,167		
Bショートケア		老短Ⅰ iii3		932			15	13,980										
		老短個別リハビリ加算		240			3	720										
		老短送迎加算		184			2	368										
		短期入所療養 計						15,068				15,068	10.00	150,680	90	135,612		
C店		特殊寝台		900			1	900										
		特殊寝台付属品		200			1	200										
		歩行器		300			1	300										
		福祉用具貸与 計						1,400				1,400	10.00	14,000	90	12,600		
A通所リハ		処遇改善加算						(205)			(6)	(199)	10.00	1,990	90	1,791		
Bショートケア		処遇改善加算						(497)				(497)	10.00	4,970	90	4,473		
								26,931	合計	27,238	0	0	307	26,931		276,270		248,643

	全体	支給限度額内	支給限度額超
サービス	272,380	269,310	3,070
処遇改善加算	7,020	6,960	60
	ア 279,400	イ 276,270	ウ 3,130