様式第１号

区分支給限度額変更報告書

平成　　年　　月　　日

（宛先）岡崎市長

計画作成担当事業者
事 業 所 名
担当者職氏名
連絡先（ＴＥＬ）

下記対象者について、一時的に区分支給限度額を変更する必要があるため、報告します。

＜対象者＞

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	〒		

＜区分支給限度額変更の理由等＞

現在利用しているサービス	□予防専門型訪問サービス（週　　回）　□生活支援型訪問サービス □予防専門型通所サービス（週　　回）　□短期強化型通所サービス 合計　　単位
変更後のサービス	□予防専門型訪問サービス（週　　回）　□生活支援型訪問サービス □予防専門型通所サービス（週　　回）　□短期強化型通所サービス 合計　　単位
区分支給限度額変更の理由	
ケアプランの目標期間	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日

※　変更可能期間は、３か月を限度とします。