

要支援２ 限度額適用報告書

資料 10

平成 年 月 日

交野市長 宛

事業所名 _____
 電話番号 () _____
 管理者名 _____
 担当者名 _____ 印

下記のとおり報告します。

被保険者番号										被保険者氏名	
事業対象者認定日	平成 年 月 日										
要支援２ 限度額適用期間	平成 年 月 ～ 平成 年 月 (最長 6 か月)										
ケアプラン作成日	平成 年 月 日										

【要支援２ 限度額の適用が必要な理由】※本人の希望は理由になりません。

【留意事項】

- 本報告書は、事業対象者で一時的な心身の機能低下により、「要支援２」相当のサービス内容が適切であると判断される場合に提出が必要な報告書です。常時「要支援２」相当のサービス内容が適切であると判断される方は、要介護認定の申請を行うこと。
- 本報告書は、サービス開始までに、高齢介護課へ提出すること。
- 本報告書は、交野市に提出し、居宅介護（予防）支援事業所において保管しておくこと。
- 本報告書を提出していない場合は、要支援２ 限度額適用は認められない。

【以下市記入欄】

受付日	平成 年 月 日	受 付 者	
適用入力日	平成 年 月 日	解除日入力	平成 年 月 日
利用可能期間	平成 年 月 ～ 平成 年 月		