様式第９号

介護保険サービスの種類指定変更申請書

土佐清水市長　様

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被　保　険　者** | 介護保険  被保険者番号 | | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  | 個人番号 | | |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 医療保険 | 保険者名 | |  | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | | 記号 | | |  | | | | | | | | 番号 | | |  | | | | | | | | 枝番 | | | |  | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明治・大正・昭和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 性　　別 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 住　　所 | | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている  要介護度・要支援 | | | 要介護状態区分　１・２・３・４・５　　要支援状態区分　１・２ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間　　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の削除を求める旨 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類指定  変更理由 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 | | | 主治医の氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | | | | | | 〒  電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**第二号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入**

|  |  |
| --- | --- |
| 特定疾病名 |  |