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 |  |