

## 介護保険 サービスの種類指定変更申請書

七尾市長

次のとおり申請します。

申請年月日          年    月    日

|  |                        |       |  |    |  |  |  |                 |    |  |  |  |
|--|------------------------|-------|--|----|--|--|--|-----------------|----|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                               | 介護保険<br>被保険者番号         |       | 個人番号                                     |    |  |  |  |                 |    |  |  |  |
|  | 医<br>療<br>保<br>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                                     |    |  |  |  | 年    月    日     |    |  |  |  |
|  | 氏    名                 |       | 性    別                                   |    |  |  |  | 男    ・    女     |    |  |  |  |
|  | 住    所                 |       | 〒<br><br>電話番号                            |    |  |  |  |                 |    |  |  |  |
|  | 現に受けている<br>要介護・要<br>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消除を求める旨 |                        |       |  |    |  |  |  |                 |    |  |  |  |
| 種 類 指 定<br><br>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歳の医療保険加入者）のみ記入

|       |  |
|-------|--|
| 特定疾病名 |  |
|-------|--|