**介護保険 サービスの種類指定変更申請書**

（宛先）五島市長

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | 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 | | |  | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 性 別 | | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている要介護・要支援 | | 要介護状態区分 １ ２ ３ ４ ５ 要支援状態区分 １ ２ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期限 　 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徐を求める旨 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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歳の医療保険加入者）のみ記入

|  |  |
| --- | --- |
| 特定疾病名 |  |