介護保険サービスの種類指定変更申請書

　　　（宛先）高松市長

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 次のとおり申請します。 | | 申請年月日 | 年　　月　　日 | |
| 申請者の氏名 |  | 被保険者との関係 | |  |
| 申請者の住所 | 〒  電話番号  （この欄は、申請者が被保険者の場合は記入不要です。） | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 性別 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に受けている要介護・要支援認定の内容 | | 要介護状態区分　１２３４５　　要支援状態区分　１２ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間　　　　　　　　　から　　　　　　　まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に指定を受けているサービスの種類の記載の消除を求める旨 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類指定変更理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 氏名 |  | 医療機関の名称 |  |
| 医療機関の所在地 | 〒  電話番号 | | |

　　第２号被保険者（４０歳以上６５歳未満の医療保険加入者）のみ記入

|  |  |
| --- | --- |
| 特定疾病名 |  |