別記様式第16号（第10条第1項関係）

介護保険　サービスの種類指定変更申請書

和寒町長　　　　　　　　　　様

次のとおり、サービスの種類指定の変更を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 年　　 月　　 日 |
| 申請者氏名 |  | 被保険者との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒電話番号 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな被保険者氏名 |  | 生年月日 |  | 性別 | 男・女 |
|  |
| 現　住　所 | 〒電話番号 |
| 住民票上の住所 | 〒電話番号 |
| 現在の要介護状態区分等 | 要介護状態　　１・２・３・４・５・経過的要介護　　要支援状態　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 |  |  |
|  |  |
| 現に指定を受けているサービスの種類記載の削除 |  |  |
|  |  |
| 新たにサービスの種類の指定を変更申請する理由 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒電話番号 |

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |
| 特定疾病名 |  |

・介護保険被保険者証を添付して下さい。

・第2号被保険者は、医療保険被保険者証を提示して下さい。