

記入例

介護保険サービスの種類指定変更申請書

受付印

(宛先) 知多北部広域連合長

次のとおり申請します。

(注) 申請者欄は、被保険者本人が申請する場合は記入不要です。

申請者氏名(続柄)	広域太郎(夫)			申請年月日	〇〇年〇〇月〇〇日			
被 保 者	被保険者番号	0000123456			個人番号	000000000123		
	フリガナ	コウイキ ハナコ			生年月日	性別		
	氏名	広域花子			〇〇年〇〇月〇〇日	男・ <input checked="" type="radio"/> 女		
住 所	〒477-〇〇〇〇 東海市〇〇町〇〇番地 電話番号(0562) 〇〇-〇〇〇〇							
現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分 1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3・4・5				要支援状態区分 1・2			
有効期間	〇〇年〇〇月〇〇日から				〇〇年〇〇月〇〇日まで			
新たに希望する サービスの種類	具体的な内容を記入してください。							
消除を希望する サービスの種類	具体的な内容を記入してください。							
変更する理由	具体的な内容を記入してください。							
主 治 医	医療機関名	〇〇 医 院			医師名 及び 診療科目	介護 明		
	直近の受診日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			( 内 科 )			
	所在地	〒474-〇〇〇〇 大府市〇〇町〇〇番地 電話番号(0562)47-〇〇〇〇						

2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

(医療保険者番号)				医療保険被保険者 証 記 号 采 号	-		
医療保険者名	この欄は、被保険者が40歳から64歳の場合に記入してください。						
※該当するものに○を 付けてください。	⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 ⑧脊髄小脳変性症 ⑨脊柱管狭窄症 ⑩早老症 ⑪多系統委縮症 ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ⑬脳血管疾患 ⑭閉塞性動脈硬化症 ⑮慢性閉塞性肺疾患 ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症						

保険者記入欄

課長	補佐	係長	係

課付課長		受付者