

介護保険サービスの種類指定変更申請書



(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)		()	申請年月日	年 月 日
被 保 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生 年 月 日	性 別
	氏 名		年 月 日	男 ・ 女
	住 所	〒 - 電話番号() -		
	現在の要介護 状態区分等	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 日まで
主 治 医	新たに希望する サービスの種類			
	削除を希望する サービスの種類			
	変更する理由			
主 治 医	医療機関名		医師名 及び 診療科目	() (科)
	直近の受診日	年 月 日		
	所在地	〒 - 電話番号() -		

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 番 号	-
医療保険者名			
特定疾病名	①がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したもの) ②関節リウマチ ③筋萎縮性側索硬化症 ④後縦靭帯骨化症 ⑤骨折を伴う骨粗鬆症 ⑥初老期における認知症 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		
※該当するものに○を付けてください。			

保険者記入欄

課 長	補 佐	係 長	係

課付課長		受付者