

様式第17号（第18条関係）

介護保険 サービスの種類指定変更申請書

結城市長 様

次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号	

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要	
	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	年 月 日					
	氏 名						性 別	男 ・ 女					
	住 所	〒											
	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	1	2	3	4	5	要支援	1	2			
有効期間		年 月 日から					年 月 日まで						
新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の消除を求める旨													
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				

2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	
-------	--