様式第14号（第10条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険　サービスの種類指定変更申請書  　二戸地区広域行政事務組合管理者　様  　次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | 申請年月日 | |  |  |
| 申請者氏名 | |  | | | | | | 本人と  の関係 | |  |
|  | 申請者住所 | | 〒  電話番号　　（　　） | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  |
|  | 被　　　保　　　険　　　者 | 被保険者番号 | | |  | | | ＊申請者が被保険者本人の場合、申請書住所電話番号は記載不要 | | | |  |
| 個人番号 | | |  | | |
| フリガナ | | |  | | | 生年月日 | | 明・大・昭　 年 　月 　日 | |
| 氏名 | | |  | | |
| 性別 | | 男　・　女 | |
| 住所 | | | 〒  電話番号 | | | | | | |
| 現に受けている  要介護・要支援  認定の確認 | | | 要介護状態区分 １・２・３・４・５　経過的要介護 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 | | | | | | | | | | |  |
|  | 医療保険者名 | | |  | | | 医療保険被保険者証記号番号 | | | |  |  |
| 特定疾病名 | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |