

市町村受付印

広域受付印

### 介護保険 サービスの種類指定変更申請書

沖縄県介護保険広域連合長 様

申請年月日

年 月 日

次のとおり申請します。

申請者氏名		本人との関係	
提出代行者名称	該当に○（居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設）		
※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、申請者住所・電話番号は記載不要		
	フリガナ						生年月日	明治	年 月 日
	氏 名						性 別	大正	昭和
	住 所	〒					性 別	男	女
	(施設入所者の場合は入所前の住所を記入)						電話番号	( )	
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	要支援状態区分	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又は現に受けているサービスの種類記載の削除を求める旨									
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		医療保険被保険者記号・番号	
特定疾病名			

介護サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を居宅介護支援事業所又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_ 同意者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

担 当 者 印	市 町 村					広 域	
	電算入力処理	主治医確認	被保険者証回収	被保険者証再発行申請	資格者証発行	確 認	
	・	・	・	・	・	・	