様式第６号(第12条関係)

介護保険　サービスの種類指定変更申請書

米原市長　　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		

＊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

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	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または現に受けているサービスの種類記載の消徐を求める旨				
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		

第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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			