様式第１５号（第１８条関係）

介護保険　サービスの種類指定変更申請書

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長　様

次のとおり介護保険サービスの種類指定変更を申請します。

		申請年月日	平成　　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			
		有効期間　　平成　　年　　月　　日　から　平成　　年　　月　　日			
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		

第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			