介護保険　適用除外者申請書

（宛先）厚木市長

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 申請年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
|  | |  | | | 本人との関係 | | | |  | | | | | | | | |
|  | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　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 | |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | |  | 生年月日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入退所施設 | 名　　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設入退所日 | | 入所 ・ 退所 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 適用除外該当・非該当日 | | 該当　・　非該当　　　　 　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設の種類 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給決定内容※ | | ※施設の種類が指定障害者支援施設の場合のみ記載 | | | | | | | | | | | | | | |