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 |