

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
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	フリガナ		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												