参考様式８

**申請対象被保険者**（地域密着型サービス）

サービス種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

事業所名・施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1.申請対象被保険者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 被保険者番号 | 氏名 | 指定予定日 | 備考 |
| 1 |  |  |  |  |

※今回の指定（更新・変更）申請の対象となる被保険者を記入してください。

２.申請対象外被保険者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 被保険者番号 | 氏名 | 指定日 | 備考 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |

　今回の申請以外で、すでに指定を受けている毛呂山町の被保険者がいればを記入してください。