

(第8号様式)

# 横浜市介護サービス自己負担助成

<input type="checkbox"/>	在宅サービス助成
<input type="checkbox"/>	グループホーム助成
<input type="checkbox"/>	施設居住費助成

# 異動届出書

(届出先) 横浜市 長

次のとおり申請(届出)します。

届出日 年 月 日

異動事由	<input type="checkbox"/> 口座変更
	<input type="checkbox"/> 生保該当(生保該当日: 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> その他( )

介護保険 被保険者番号 フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
被保険者氏名		連絡先	( )			
住所	〒 -					

※申請者が被保険者以外の場合は、記入してください。

窓口に来た人 又は 申請者	住所	〒 -	被保険者との関係 1. 家族 2. その他( )
	氏名	※日中連絡の取れる番号をご記入ください。 連絡先 ( )	

異動事由が「口座変更」の場合、振込先をご記入ください。

振込先	銀行 金庫 組合			本店	普通預金	口座番号 (右詰めでご記入ください)			
	金融機関コード		支店コード						
	口座名義人 (カタカナ)								

被保険者と異なる名義人口座への振込の場合に記入、押印をしてください。

委任欄	私は、次の者に介護サービス自己負担助成制度による助成金の受領に関する一切の権限を委任します。		
	受任者 (口座名義人)	(住所) (氏名)	委任者 (被保険者)
			印

※助成証 枚を受領しました。 年 月 日 氏名

## <処理欄>

※生保該当による喪失の場合のみ記入

確認書類

運転免許証・パスポート・在留カード・保険証・介護保険証  
個人番号カード・その他( )

資格喪失日※	年 月 日					
助成期間	開始	年 月 日	終了	年 月 日	現物給付開始月	年 月
段階	高額判定区分	<input type="checkbox"/> ロ	<input type="checkbox"/> テ・4・ミ・ネ・ノ	<input type="checkbox"/> ヒ・フ	<input type="checkbox"/> その他	
	=助成段階	<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 第2段階	<input type="checkbox"/> 第3段階	<input type="checkbox"/> 非該当	
証交付年月日	年 月 日	証回収年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 未回収	受付	
課長	係長	担当	入力年月日	年 月 日	入力処理	
			起案	年 月 日		
			決裁	年 月 日		

備考