介護保険　適用除外者届出書

大槌町長　様

　　次のとおり届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 届　　　出年　月　日 | 　　　年　　月　　日 |
| 届出者氏名 | 印 | 本人との関係 |  |
| 届出者住所 | 〒　　　　　　　　　　℡　　　　　　（　　　　　　） |

※届出者が、被保険者本人の場合、住所・電話番号は記載不要。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 対象者 | フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 氏　　　名 |  | 性別 | 男　　・　　女 |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　　　　℡　　　　　　（　　　　　　） |
| 入退所施設等 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　　　　　　　℡　　　　　　（　　　　　　） |
| 入退所日 | 入所　・　退所　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日 |
| 施設の種類（根拠法令） |  |
| 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 |