

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	〒 TEL ()	

※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	〒 TEL ()									
入退所施設等	名 称										
	所 在 地	〒 TEL ()									
	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									