

## 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  |
| 届出者氏名 |                  | 本人との関係 |
| 届出者住所 | 〒 ( )<br>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             | 〒 ( )<br>TEL ( ) |      |       |  |  |  |  |  |
| 入退所施設等 | 名 称             |                  |      |       |  |  |  |  |  |
|        | 所 在 地           | 〒 ( )<br>TEL ( ) |      |       |  |  |  |  |  |
|        | 入退所日            | 入所 ・ 退所          |      | 年 月 日 |  |  |  |  |  |
|        | 施設の種類<br>(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