

(国保)

介護保険 適用除外 該当届  
非該当

(あて先) 御宿町長  
次のとおり届出します。

			届 出 日		年 月 日		
世帯主	氏 名	印	本人との関係				
	住 所	〒 ( ) TEL ( )					
	個人番号						

被保険者証記号番号		御							
対 象 者	フリガナ			生年月日	年 月 日				
	氏 名			性 別	男 ・ 女				
	個人番号								
	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					
	適用除外 該当・非該当	該 当 ・ 非 該 当		年 月 日					
	施設の種類								
	援護の実施 機関								
	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

※処理欄

該当・非該当の別	適用日	システム入力	受付者	
該当・非該当				番号確認 : 番号力・通知力・住民票・他( ) 身分確認 : (1点)番号力・免・旅券・他( ) (2点)通知力・保・他( )