

介護保険 適用除外施設（ 該当 ・ 非該当 ） 届

（あて先）各務原市長

次のとおり適用除外（ 該当 ・ 非該当 ） について届出します。

	届出年月日	年 月 日
届出人氏名	本人との関係	
届出人住所	〒 電話番号	

※ 届出人が対象者本人の場合、届出人住所・電話番号は記載不要です。
 ※ 介護保険適用除外施設の入所日または退所日が確認できる文書の写しを添付してください。

適用除外 該当・非該当年月日	年 月 日
該当・非該当理由	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> 65歳到達 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()

対象者	被保険者番号 (該当者のみ記入)										
	フリガナ										
	氏 名										
	住 所	〒									
	退所後住所	〒									
	生年月日	年 月 日									

※ 入所、死亡退所、65歳到達の場合は退所後の住所は記載不要です。

障害福祉サービス 支給市町村名	
福祉事務所名	

施設	名 称	
	電話番号	
	所在地	〒