

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	〇〇年××月△△日	
届出人氏名	那加 花子		本人との関係	生活支援員
届出人住所	〒 ×〇×-〇×〇× △△市●●町1-100		電話番号	△△△-〇〇〇-××××

※ 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	令和5年 3月 18日
該当・非該当理由	☒ 入所 ☐ 退所 ☐ 65歳到達 ☐ 死亡 ☐ その他（ ）

対 象 者	被保険者番号 （該当者のみ記入）	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	カカミガハラ タロウ									
	氏 名	各務原 太郎									
	住 所	〒 〇×〇-××××									
	退所後住所	〒 愛知県〇〇〇市××町1丁目2番地									

※ 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	△△市
福祉事務所名	●●●社会福祉事務所

施 設	名 称	障害者支援施設〇〇〇〇〇
	電話番号	〇〇〇-△△△-××××
	所在地	〒 〇×〇-××××

愛知県〇〇〇市××町1丁目2番地