

介護保険 適用除外者届出書

宇佐市長 様
次のおり届出します。

		届 年 月 日	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 ()			

被保険者番号											
個人番号											
対象者	フリガナ					生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	氏名					性別	男 ・ 女				
	住所	〒									
		電話番号 ()									
入退所施設等	名称										
	所在地	〒									
	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 (根拠法令)										
	援護の実施 機関										
	支給決定内容										
<small>※施設の種類が指定障害者支援施設の場合のみ記載</small>											

(注) 対象者は介護保険第1号被保険者（65歳以上の被保険者）です。
支給決定内容等を証するものの写しを添付してください。例えば生活介護や施設入所支援を受けていることを証するものとして障害者手帳等の該当箇所の写し等が想定されます。