

介護保険適用除外

該 当
非該当

届

門真市長 様

令和 年 月 日

下記のとおり提出します。

届出人	<input type="checkbox"/> 本人・親族	フリガナ 氏 名		入所者 との関係	
		住 所	〒		
	<input type="checkbox"/> 代理人※1	電話番号			

※1 被保険者本人と親族以外の方が届出するときは委任状が必要です。

被保険者 (入退所 者)	被保険者番号	門国 ー			
	フリガナ 氏 名				
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
施 設	名 称				
	所 在 地	〒			
	電話番号				
[入所・退所] 年月日		平成・令和 年 月 日			
適用除外 [該当・非該当] 年月日		平成・令和 年 月 日			
上記の事由		<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> 40歳到達 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※2 入所日または退所日の確認できる資料、入所施設が介護適用除外施設に該当することが確認できる資料を必ず添付してください。

※3 適用除外該当・非該当年月日は、入所している施設に確認してください。

(以下、職員記載欄)

【区 分】

- ☐ 介護該当
- ☐ 介護非該当

【処 理】

受 付	入 力		確 認
	資格台帳	賦課台帳	