

# 介護保険適用除外者届出書

記入した日付



年	月	日
---	---	---

甲 佐 町 長 様

世帯主について記入



住 所	: 甲佐町大字豊内〇〇番地
世帯主名	: 甲佐 太郎
世帯主個人番号	: 〇〇〇〇〇〇〇〇
電話番号	: 〇 9 6 - 2 3 4 - 〇〇〇〇

下記の被保険者について、介護保険法施行法第 1 1 条及び同法施行規則第 1 7 0 条第 2 項の規定により介護保険の適用除外となるため、国民健康保険法施行規則第 5 条の 4 の規定により届け出ます。

記

施設に入所している人について記入

(ふりがな)	こうさ はなこ	生年月日
被保険者氏名	甲佐 花子	昭和 3 3 年 3 月 3 日
被保険者個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
国民健康保険 被保険者証記号番号	甲 佐 〇〇〇〇	
現 住 所	甲佐町大字〇〇	
施設入所日	施設に入所した日	
介護保険適用除外 施設指定年月日	その施設が適用除外施設に該当した日	
施 設 名 称	障害者支援施設 〇〇園	
施設住所地	〇〇市〇〇区〇〇	

※太線枠内をご記入ください。