介護保険適用除外　該当・非該当　届

　　年　　月　　日

大網白里市長　あて

介護保険法施行法第１１条第１項の適用に関して、下記のとおり届出します。

世帯主　　氏　　名

住　　所

（建物名・部屋番号・方書）

電話番号

被保険者番号　７６－

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 施　　設 | 名　　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ［入所・退所］年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 適用除外［該当・非該当］年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| ［該当・非該当］の事由 | □入所　□退所　□４０歳到達　□その他（　　　　） |

* 届出の際に、施設の入所・退所したことを証明する書類（施設が発行するもの）を添付してください。