

# 介護保険適用除外 該当・非該当 届

年 月 日

大 村 市 長 様

申請者

住所

氏名

署名又は記名押印してください。

次の者が、介護保険適用除外に（該当・非該当）になりましたので、届け出ます。

異動年月日	年 月 日
-------	-------

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ																			
	氏 名												生年月日	明・大・昭	年	月	日			
	入所前住所	〒																		
	退所後住所 *1																			
異動理由	1 入所 2 入所中の適用 3 退所 4 その他（ ）																			

\*1 死亡退所の場合は記載不要

生活介護	有 ・ 無	施設入所支援	有 ・ 無	療養介護	有 ・ 無
------	-------	--------	-------	------	-------

障害者支援施設に入所の場合記入

施 設	名 称																	
	電話番号																	
	所 在 地	〒																