

# 介護保険 適用除外者申請書

菰野町長

下記のとおり申請します。

申請日 年 月 日

世帯主	氏名		個人番号																	
	住所	〒																		
		電話 ( )																		

該当被保険者	氏名		被保険者証 記号・番号		
			世帯主から みた続柄		
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女	
	住所	〒			
		電話 ( )			
入退所施設	施設名称				
	所在地	〒			
			電話 ( )		
	事由	入所 ・ 退所 ・ その他 ( )			
	該当・非該当日	年 月 日			
適用除外施設の種類					

個人番号

受付処理欄（記入しないでください）

決裁	上記申請のとおり処理してよろしいか。				受 付
	課長	課長補佐	係長	係	<input type="checkbox"/> 受付 ㊟ <input type="checkbox"/> 電算入力 ㊟