

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 令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

世帯主	氏名	菰野 太郎	個人番号																	
	住所	〒510-1292 菰野町大字菰野〇〇〇〇番地 電話 059 (〇〇〇) ××××																		

該当被保険者	氏名	菰野 太郎	被保険者 記号・番号 世帯主から みた続柄	123456 本人
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	性別	男 ・ 女
	住所	〒510-1292 菰野町大字菰野〇〇〇〇番地 電話 059 (〇〇〇) ××××		
入退所施設	施設名称	〇〇××△△		
	所在地	〒510-〇〇〇〇 菰野町大字潤田〇〇〇〇番地 電話 059 (〇〇〇) ××××		
	事由	入所 ・ 退所 ・ その他 ()		
	該当・非該当日	令和〇〇年 〇〇 月 〇〇 日		
	適用除外施設の種類	障害者支援施設		

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	☐ 受付 ㊟
					☐ 電算入力 ㊟