

課 長	係 長	係 員	受 付

介護保険適用除外者届出書

平成 年 月 日

御 船 町 長 様

住 所 : _____
世帯主名 : _____ 印
電話番号 : _____

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

(ふりがな)		生年月日
被保険者氏名		S . . H
国民健康保険 被保険者証記号番号	御船	
現 住 所		
施設入所日	S . . H	
介護保険適用除外 施設指定年月日	S . . H	
施 設 名 称		
施設住所地		