介護保険適用除外　該当・非該当　届

令和　　　　年　　　月　　　日

飛騨市長あて

世帯主　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

個人番号

住　　所

電話番号

記号番号

標記の件について、下記のとおり届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当・非該当の別 | | 該当　　・　　非該当 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入　　所  （入　　院）  施　　設 | 名　　称 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）・退所（院）年月日 | | 令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 適用除外該当・非該当年月日 | | 令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 該当・非該当の事由 | | □入所　□退所　□４０歳到達　□その他（　　　） | | | | | | | | | | | |