

介護保険 適用除外 該当届

(国民健康保険法施行規則第5条の4)

被保険者番号							
該当被保険者	住所						
	氏名						
	生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	個人番号						
施設	名称						
	所在地						
	電話番号						
[入所・退所]年月日		昭和・平成・令和	年	月	日		
介護保険法施行法第11条第1項の規定の適用を受けるに至った(適用を受けなくなった)年月日		平成・令和	年	月	日		
[該当・非該当]事由		<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> 40歳到達 <input type="checkbox"/> その他					
上記のとおり届出します。							
令和 年 月 日							
世帯主 住所 _____							
氏名 _____							
個人番号							
電話番号 _____							
多久市長 様							

※添付書類 入所日または退所日の確認できる資料