

介護保険適用除外 該 当 非該 当 届

平成 年 月 日

中野区長 宛て

世帯主 氏 名 ⑩

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住 所
(建物名・部屋番号・方書)

電話番号

記号番号 1 4 - -

標題の件について、下記のとおり届出します。

被保険者	氏 名																											
	住 所																											
	生年月日	昭和・平成	年	月	日																							
	個人番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																										
施 設	名 称																											
	所 在 地																											
	電話番号																											
[入所・退所] 年月日		昭和・平成	年	月	日																							
適用除外 [該当・非該当] 年月日		平成	年	月	日																							
[該当・非該当] の事由		<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> 40歳到達 <input type="checkbox"/> その他()																										

※ 入所日又は退所日の確認ができる資料を添付してください。

(以下、職員記載欄)

- 【区 分】**
 該 当

 非該当

【処 理】

受 付	DBSP依頼	引き抜き	起 案