

介護保険 適用除外 該当・非該当 届

年 月 日

羽咋市長 宛

世帯主 氏 名

住 所

個人番号

電話番号 ( ) - -

下記のとおり届け出します。

被保険者	被保険者証 記号番号	—
	氏 名	
	住 所	
	生年月日	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		年 月 日
適用除外 (該当・非該当) 年月日		年 月 日
異 動 事 由		入所・退所・年齢到達・その他 ( )

※ 施設の入所日又は退所日の確認できる資料等を添付してください。