（国保）

介護保険　適用除外　該当／非該当　届

（あて先）御宿町長
次のとおり届出します。

					届　出　日	平成　　年　　月　　日								
世帯主	氏　　名			印	本人との関係									
	住　　所	〒 TEL　　（　　）												
	個人番号													

被保険者証記号番号		御												
対象者	フ リ ガ ナ					生年月日	明･大･昭　　年　　月　　日							
	氏　　名					性　　別	男　・　女							
	個人番号													
	住　　所	〒 TEL　　（　　）												
入・退所施設等	名　　称													
	所　在　地	〒 TEL　　（　　）												
	入 退 所 日	入所　・　退所　　平成　　年　　月　　日												
	適用除外 該当・非該当	該当　・　非該当　　平成　　年　　月　　日												
	施設の種類													
	援護の実施機関													
	支給決定内容	※施設の種類が指定障害者支援施設の場合のみ記載												

※処理欄

該当・非該当の別	適用日	システム入力	受付者	
該当・非該当				番号確認 ： 番号カ･通知カ･住民票･他（　　） 身分確認 ： （1点）番号カ･免･旅券･他（　　） （2点）通知カ･保･他（　　）