介護保険適用除外　該当 ・ 非該当　届

勝央町長　様

次のとおり届出します。

		届出年月日	年　月　日
世帯主氏名	㊞	個人番号	
世帯主住所	〒　－ 電話番号　（　）		

対象者	フリガナ		被保険者証番号	岡６７－
	氏　名		生年月日	年　月　日
	個人番号		性　別	男 ・ 女
	住　所	〒　－ 電話番号　（　）		

適用除外事由		
該　当	1　介護保険適用除外施設に入所した （施設の種類　） （施設名　）	年　月　日
	2　入所中に40歳に到達した （施設の種類　） （施設名　）	年　月　日
非該当	1　介護保険適用除外施設から退所した （施設の種類　） （施設名　）	年　月　日

（注意）　1　障害福祉サービス受給者証の写し（表紙と支給決定内容部分）を添付してください。
2　適用除外施設に入所している場合は、施設長が発行する入所証明書等を添付してください。
3　除外要件が非該当となった場合は、必ず届出を行ってください。