

介護保険適用除外
該 当 届
非該当

年 月 日

南会津町長 宛

世帯主名 印

住 所

連絡先（電話番号）

標題の件について、下記のとおり届出します。

被保険者	被保険者証の記号番号	島 ー
	フリガナ	
	氏 名	
	個人番号 (マイナンバー)	
	住 所	
	居住地 (退所の場合・住所と異なる場合)	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
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
適用除外（該当・非該当）年月日		昭和・平成・令和 年 月 日
(該当・非該当) の事由		☐ 入所 ☐ 退所 ☐ 40歳到達 ☐ その他（ ）

※ 入・退所、または適用除外該当日から 14 日以内にご提出ください。
※ 別途、入所日または退所日の確認ができる資料または、在所が確認できる資料をご提出ください。