介護保険適用除外　　　　届

該　当

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　　　　　　　－ |
| 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。