**介護保険第２号被保険者適用除外該当届出書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 介護保険法施行法第１１条第１項の適用を受けるに至った年月日　 | 年　　　月　　　日 |
| ２ | 被保険者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 個人番号 |  |
| ３ | 入所又は入院中の施設 | 住　　所 |  |
| 施設名 |  |
| ４ | 被保険者の記号番号 | 三好　－ |
| ５ | 添付書類 | 入所又は入院の事実が証明できる書類 |
| 上記のとおり届出いたします。年　　月　　日世帯主　住　　所氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号三好市長　殿 |
| 処理区分 | 介護保険法施行法第１１条第１項の適用を受けなくなった年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 決裁 | 市　長 | 副市長 | 部　長 | 課　長 | 回　議 | 係 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |