**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 |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  |