

介護保険適用除外関係届

年 月 日

草津市長様

次のとおり届け出ます。

※届出人が本人の場合、届出人記入欄は記載不要です。

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 ー	電話番号	()

フリガナ		性 別	男 ・ 女
対象者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	〒 ー	電話番号	()
電話番号	()		
内 容	<input type="checkbox"/> 適用除外施設入所		<input type="checkbox"/> 適用除外施設退所
入(退)所年月日	年 月 日	被保険者番号	
施設名称			
施設住所	〒 ー	電話番号	()

【市処理欄】

届出の種類		□取得 □喪失 □変更			
取得	受付	退所調査	入力	証交付	入力
喪失	受付	証回収	入所調査	保険料精算	
変更	受付	旧証回収	入所調査	入力	