別記様式第3号(第3条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険　被保険者適用除外該当(非該当)届年　　月　　日　厚沢部町長　　　　様　介護保険被保険者適用除外について、次のとおり届け出ます。 |
| 　 | 　 | 届出年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 届出人氏名 | 　 | 本人との関係 | 　 |
| 届出人住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| ＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 |
| 対象者 | フリガナ | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 事由 | 1　施設入所　　　　2　施設退所 |
| 異動年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 施設 | 名称 | 　 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 種類 | 1　身体障害者療護施設 |
| 2　心身障害者福祉協会法第17条第1項第1号に規定する福祉施設 |
| 3　ハンセン病療養所 |
| 4　生活保護法第38条第1項第1号に規定する救護施設 |
| 　 |