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 | | | | |
|  | | | | | | | | | |