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					