

介護保険 適用除外 該当・非該当 届

福津市長 宛

令和 年 月 日

次の通り届け出ます。

被 保 険 者	被保険者番号※		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	<small>(保険証に記載されている住所)</small>		
	居住地	<small>(退所、または住所と異なる場合)</small>		
施 設	名称			
	所在地			
	電話番号			
(入所・退所)年月日	年 月 日	適用除外 <small>(該当・非該当)年月日</small>	年 月 日	
(該当・非該当)事由	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> 40歳到達 <input type="checkbox"/> 65歳到達 <input type="checkbox"/> 他 ()			

※ 40歳から64歳の方は国民健康保険の記号番号を、65歳以上の方は介護保険の被保険者番号を記入してください。

世 帯 主	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	印	性別	男 ・ 女
	被保険者との続柄		個人番号	

※ 世帯主欄は、被保険者が国民健康保険の加入者である場合のみご記入ください。

届 出 人	フリガナ		被保険者との続柄	
	氏名		電話番号	
	住所			

(届出に関する注意事項)

1. 施設入所日または適用除外該当日から14日以内に提出してください。
2. 障害福祉サービス受給者証の写し(表紙と支給決定内容部分)を添付してください。
3. 施設の入所期間については、施設長が発行する入所証明書等を添付してください。
4. 施設を退所された場合など、適用除外非該当となった場合は、非該当の届出を必ずおこなってください。

(市記入欄)

届出者	<input type="checkbox"/> 個人番号C	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 他 ()	証No.
本人確認	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 他 ()				2点で確認(写し要)
代理権確認	<input type="checkbox"/> 成年後見人等 登記事項証明書(写し要)			<input type="checkbox"/> その他(親族以外) 委任状	
適用除外該当・非該当日	令和 年 月 日	処理日	令和 年 月 日		
サービス支給決定内容	施設入所支援 ・ 生活介護 ・ 療養介護 ・ その他				
					課長
					係長
					担当