受付印

**介護保険適用除外　該当・非該当　届**

**大玉村長　様**　年　　　　月　　　　日

　下記の者について、介護保険法施行法第１１条第１項、同法施行規則第１７０条および国民健康保険

法施行規則第５条の４の規定に基づく適用除外の　　該　当　　　非該当　　を届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ○届出人 | 氏　名 |  | 本人との関係 |  |
| 住　所 | 〒　　　　　－　　　　　　　電話番号 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ○施　設 | 名　称 |  |
| 住　所 | 〒　　　　　－　　　　　　　電話番号 |
| 担当者名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | フリガナ |  | | | | | 性　　別 | | | 男　・　女 | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | 生年月日 | | | 年　 　月　 　日 | | | | | |
| ※　国民健康保険記号番号  又は介護保険被保険者番号 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 (マイナンバー) |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 異 動 事 由 | | □ 入所　　□ 退所　　□ その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 異動（予定）年月日 | | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |

※ 40歳～64歳までの方は国民健康保険記号番号を、65歳以上の方は介護保険被保険者番号を記入してください。また届出の際は、届出人および被保険者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカードなど）の写しを添付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 村確認欄 | 高齢福祉係 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 | 賦　課　係 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住民国保係 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 |
|  |  |  |  |