| 交付伺 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係　　員 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

# 介護保険適用除外　該　当 / 非該当　届

※入所日又は退所日の確認ができる書類を添付してください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 保険証番号 | 小千谷　　０００ | | |
| | 氏　　名 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| | 住　　所 | | | |
| | 個人番号 | | | |
| 施　　設 | 名　　称 | | | |
| | 所　在　地 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 入退所年月日 | 入所・退所　　年　　月　　日 | | |
| | 適用除外年月日 | 該当・非該当　　年　　月　　日 | | |
| | 該当・非該当事由 | □入所　□退所　□４０歳到達　□その他（　　） | | |

上記のとおり届けます。

令和　　年　　月　　日

世帯主　　住所　小千谷市

氏名

個人番号

電話番号

代理人　　住所　小千谷市

氏名

小千谷市長　あて