介護保険　適用除外　（該当・非該当）　届

（あて先）　安八郡広域連合長

次のとおり適用除外（ 該当 ・ 非該当 ）について届出します。

		届出年月日	令和　　年　　月　　日
届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 電話番号		

※届出人が対象者本人の場合、届出人住所・電話番号は記載不要です。

※介護保険適用除外施設の入所日または退所日が確認できる文書の写しを添付してください。（例、施設入退所証明書、施設入所契約書など）
届出人が施設（施設職員）の場合、添付書類は不要です。

対象者	フリガナ		生年月日	大・昭　　年　　月　　日
	氏名			
	住所	〒 電話番号		

適用除外 該当・非該当年月日	平成 ・ 令和　　年　　月　　日
該当・非該当理由	□入所　□退所　□65歳到達　□死亡　□その他（　　）

障害福祉サービス 支給市町村名	
福祉事務所名	

施設	住所	〒 電話番号
	名称	
	入退所年月日	平成・令和　　年　　月　　日

退所後住所	〒