**介護保険適用除外施設（入所・退所）に関する届出書**

年　　　月　　　日

長　柄　町　長　　様

住　　所：

世帯主名：

電話番号：

　下記の被保険者について、介護保険法施行法第11条第1項及び同法施行規則第170条第2項並びに国民健康保険法施行規則第5条の4の規定により届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （フリガナ） |  | 生 年 月 日 |
| 被 保 険 者 氏 名  |  | S・H・R　　　.　　　.　　 |
| 個 人 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 国民健康保険被保険者証記号番号 |  |
| 現 住 所 |  |
| 施設入・退所日 | 年　　　月　　　日 | 入・退所証明 | あり ・ なし |
| 施 設 名 称※施設で記入の場合は担当職員名を記入 | 　　　　　　　　　　　※施設担当職員氏名（　　　　　　　） |
| 施 設 住 所 地 |  |
| ※処理欄 | 介護保険係 □ | 福祉係 □ | 国保年金係 □ | 課税係 □ |
| 施設の種類 | （証明なしの場合：施設確認担当者　　　　　　　） |
| 事由 | 入所 ・ 退所 | システム入力 |  |