

介護保険適用除外

該 当 届
非該 当

被保険者証 記号・番号		和25	該当・非該当 年月日	令和 年 月 日
被保険者	住 所			
	氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	個人番号 <small>番号のわかる方は記入願います。</small>			
施 設	所在地			
	名 称			
(入所・退所) 年月日		昭和・平成 年 月 日		
備 考				

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

申請者(世帯主) 住 所： 有田川町大字

氏 名： ⑨

個人番号
番号のわかる方は記入願います。

電話番号： — —

有田川町長 殿

(添付書類)

入所日又は退所日の事実が確認できる書類を添付してください。

届出人氏名 _____ 生年月日 S・H 年 月 日 _____	(別世帯の方のみ記入必須)	
	世帯主との関係(続柄)	
	住所	
	電話 ()	
職員確認欄	本人確認	免・パ・個カ・身・保・介・年手・年証・他 ()