

介護保険適用除外異動届

栗 東 市 長 様

介護保険法施行報第11条第1項の規定による介護保険適用除外について届け出ます。

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

*届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

[illegible]

入所または退所された介護保険適用除外施設の名称・所在地を記入してください。

施 設 の 名 称	
施 設 の 所 在 地	〒 電話
入 所 日 （ 該 当 日 ）	年 月 日
退 所 日 （ 非 該 当 日 ）	年 月 日

※入所許可証または入所証明書を添付してください。