介護保険適用除外者申請書

　下田市長　あて

　次のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 対 象 者との続柄 |  |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　）　　－ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 世帯主氏名 |  |
| 対　象者 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏 名 |  |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　）　　－ |
| 個人番号 |  |
| 入所施設 | 施 設 名 |  |
| 所 在 地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　）　　－ |
| 施　　設入退所日 | 入所　・　退所 | 　　　　年　　月　　日 |
| 備　　　　考 |  |

下田市市民保健課国保年金係　TEL0558-22-3922

下田市市民保健課介護保険係　TEL0558-22-2077