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