

該 当
介護保険適用除外 届書
非該当

被保険者記号・番号		適 用 非適用	年 月 日	年 月 日	
被 保 険 者	住 所				
	氏 名		個人 番号		
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
入 所 施 設 又 は 病 院	名 称				
	所 在 地				
<p>上記のとおり提出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>川南町長 殿</p>					

備考 入所又は入院による届書には、入所（入院）証明書を添付すること。

入所（入院）証明書

入所（入院）者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生
	入所（入院） 年 月 日	年 月 日

上記の者は、当施設（当院）に入所（入院）していることを証明します。

年 月 日

施設等証明印

--