

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						
上記のとおり提出します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 電話番号 川南町長 様							

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