

介護保険 適用除外者申請書

(あて先) 萩市長
次の通り申請します。

	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		本人との関係
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____	

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号		
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
	性 別		男 ・ 女		
住 所	〒 _____ 電話番号 _____				
入 退 所 施 設	名 称				
	所 在 地	〒 _____ 電話番号 _____			
	施設入退所日	入所 ・ 退所	年	月	日
	適用除外該当・ 非該当日	該当 ・ 非該当	年	月	日
	施設の種類				
	支給決定内容※	※施設の種類が指定障害者支援施設の場合のみ記載			

※障害者総合支援法による施設入所支援及び生活介護の支給決定を受けていることを確認できる書類（写）を添付してください。

医療保険者名	
医療保険被保険者記号番号	

被保険者証等送付先	{	〒 _____
1. 被保険者 2. 申請者 3. その他		住所 _____
		様方