

介護保険 適用除外 (該当・非該当) 届

(国民健康保険法施行規則第5条の4)

年 月 日

(宛先) 秋田市長

届出人  (該当に○) 1. 世帯主 2. 世帯員 3. 代理人	氏名	
	住所	
	電話番号	

※代理人の場合は、委任状が必要です。

標記のことについて、次のとおり届出します。

被保険者	被保険者番号													
	氏名													
	個人番号													
	住所													
	生年月日	年 月 日												
施設	名称													
	所在地													
	電話番号													
該当・非該当年月日 (介護保険法施行法第11条第1項の 規定の適用を受けるに至った(適用を受 けなくなった)年月日		年 月 日												

添付書類：生活介護及び施設入所支援に係る支給決定(取消)通知書の写し(支給決定内容のサービスの種類、支給決定日等がわかるもの)と、介護保険適用除外施設入所・退所連絡票(様式第2号)