

# 介護保険 適用除外施設 入所・退所届

平成 年 月 日

遠軽町長 様

介護保険法施行法第11条第1項の適用に関して、次のとおり届け出ます。

申 請 者	フリガナ		被保険者 との関係	
	氏名 1	印		
	住所	〒 -		
	被保険者が申請する場合は記載不要		電話番号	

1 記名押印にかえて署名することができます。

被 保 険 者	被保険者番号	介護 医療								生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	フリガナ	(記号)	(番号)								性別	男 ・ 女
	氏名											
	入所前住所または退所後住所	〒 -										
	2										電話番号	

2 入所する方は入所前住所を、退所する方は退所後住所をご記入ください。死亡による退所の場合は記載不要です。

異動事由	入所 ・ 入所中の適用 ・ 退所	異動(予定)年月日	平成 年 月 日
------	------------------	-----------	----------

[入所の場合に施設が記入]

上記の被保険者が当施設に入所したことを証明します。

施 設 の 証 明	所在地	〒 -									
	施設名称・代表者氏名										
	電話番号										

[退所の場合に記入]

退所事由	他の施設等へ入所 ・ 死亡 ・ その他 ( )
------	-------------------------

( 原本：保健福祉課、写し：住民生活課 )