

介護保険適用除外施設 入所・退所 届出書

令和 年 月 日

吉野川市長 様

届出人

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

本人との続柄 (_____)

施 設

名 称 _____

所在地 _____

電話番号 _____

担当者名 _____

次の者が介護保険適用除外施設に (入所 ・ 退所) になりましたので届け出ます。

被 保 険 者	国民健康保険記号番号 または介護保険被保険者番号	
	ふりがな	
	氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
	性 別	男 ・ 女
	入所前住所 または退所後住所	
	異 動 事 由	<input type="checkbox"/> 入 所 <input type="checkbox"/> 入所中の適用 <input type="checkbox"/> 退 所 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	異動 (予定) 年月日	令和 年 月 日

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること。

	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
市 町 村 処 理 欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	()	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)
	<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証	()	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)
		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	()	()