

介護保険適用除外 該当・非該当 届

宍粟市長 あて

	届出年月日	年 月 日
届出者氏名	⑩	本人との関係
届出者住所	〒 ー 電話番号 ()	

対象者	フリガナ		被保険者番号		
	氏名			生年月日	年 月 日
				性別	男・女
	住所	〒 ー 電話番号 ()			

該当番号の□にチェックを記入				該当年月日
適用除外理由	該当	1 <input type="checkbox"/>	国外に居住（国名 直近の国外への出国日 ⇒ 年 月 日）	平成 年 月 日
		2 <input type="checkbox"/>	在留資格又は在留見込期間が1年未満の短期滞在の外国人である。	平成 年 月 日
		3 <input type="checkbox"/>	身体障害者療養施設等、適用除外施設に入所した。 （施設名)	平成 年 月 日
	非該当	1 <input type="checkbox"/>	国外からの帰国	平成 年 月 日
		2 <input type="checkbox"/>	在留資格又は在留見込期間が1年未満の短期滞在の外国人でなくなった。	平成 年 月 日
		3 <input type="checkbox"/>	身体障害者療養施設等、適用除外施設から退所した。 （施設名)	平成 年 月 日

- (注意) 1 障害福祉サービス受給者証の写し(表紙と支給決定内容部分)を添付ください。
 2 適用除外施設に入所している場合は、施設長が発行する入所証明書等を添付してください。
 3 除外要件が非該当となった場合は、必ず届出を行ってください。

受付印	システム入力	特 例 開 始 年 月 日	税務課連絡
		平成 年 月 日 1. 施設入所日 2. 誕生日前日 3. 新たに該当施設になった日 4. その他	済・未