

介護保険第2号被保険者適用除外施設 入所 ・ 退所 に関する届出書

南 城 市 長 様 届出年月日 令和 年 月 日 *太枠のみご記入ください。

世帯主	住所	南城市			被保険者証 記号番号	南城国		
	氏名	印	電話番号	(窓口に来た人)			(続柄)	

適用除外に係る被保険者	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ			適用除外施設に入所退所した年月日 昭和・平成・令和 年 月 日				
	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		男・女	昭和 年 月 日			区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養
	施設名			施設の所在地	電話 () -				

処理欄	施設の種類	1 指定障がい者支援施設 (身体) 4 児童福祉法の厚生労働大臣が指定す医療機関 7 生活保護法に規定する救護施設 10 指定障がい者支援施設 (知的・精神) 2 障がい者支援施設 (身体) 5 のぞみ園が設置する施設 8 労働者災害補償法に規定する施設 11 障がい者総合支援法施行規則に規定する施設 3 医療型障がい児入所施設 6 ハンセン病療養所 9 障がい者支援施設 (知的)										
	事由	<input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 解除	入所	退所	入所中 国保加入	入所中 当該施設 に指定	その他 ()	適用 解除 年月日	令和 年 月 日	確認欄	審査	入力