

交付 伺	課長	課長補佐	係長	係員

# 介護保険適用除外

該 当  
届  
非 該 当

※入所日又は退所日の確認ができる書類を添付してください。

被 保 險 者	記号番号	小千谷 000										
	氏 名						生年月日	年 月 日				
	住 所											
	個人番号	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
施 設	名 称											
	所 在 地											
	電 話 番 号											
	入退所年月日	入所・退所					年 月 日					
	適用除外年月日	該当・非該当					年 月 日					
	該当・非該当事由	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> 40歳到達 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
上記のとおり届けます。												
令和 年 月 日												
世帯主 住所 小千谷市												
氏名												
<u>個人番号</u>												
<u>電話番号</u>												
代理人 住所 小千谷市												
氏名												
小千谷市長 あて												