

交付 伺	課長	課長補佐	係長	係 員

介護保険適用除外

該 当
非 該 当 届

※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 険 者	記号番号	小千谷 0 0 0									
	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											