介護保険適用除外　該当・非該当届

福岡県大野城市長

国民健康保険法施行規則第５条の４の規定に基づき、下記のとおり届出します。

届出日		年　月　日		
届出者（世帯主）	住所	大野城市		
	フリガナ		個人番号	
	氏名			
	電話番号	－　－		
該当被保険者	被保険者証の記号・番号	A		
	住所			
	フリガナ		個人番号	
	氏名			
	生年月日	年　月　日		
適用除外施設	名称			
	所在地			
	入所・退所年月日	年　月　日	適用除外（該当・非該当）年月日	年　月　日
事由	該当の場合	□入所　□40 歳到達　□その他（　　） □入所中に介護適用除外となる障害福祉サービスの支給決定を受けた		
	非該当の場合	□退所 □その他（　　）		

【注意事項】

・この届出を提出する際は、施設の入所証明書又は退所証明書を添付してください。

・障害福祉サービスの支給決定を受けている場合は、障害福祉サービス受給者証の写し（受給者名と支給決定内容部分）を添付してください。

・障害福祉サービスの支給決定を受けている場合でも、介護保険適用除外が非該当となる場合があります。（短期入所の場合など）

大野城市使用欄

決裁	課長	係長	担当	受付

処理	システム入力