

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	
(世帯主) 届出者	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	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 40歳到達 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> 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

	課長	係長	担当	受付
決裁				

	システム入力
処理	