

介護保険適用除外(該当・不該当)届 [京都市国保加入者/介護2号年齢該当者(満40~65歳未満)の方のみ]

※太枠の中のみ記入願います。

(宛先)京都市 区長

下記の者が介護保険法施行法第11条第1項に該当し、介護保険の適用除外に 該当 不該当 となりましたので届け出ます。

届出日	令和 年 月 日		
国保記号番号	京		
フリガナ			
該当者氏名	個人番号()		(届出人) 世帯主氏名
施設種類	<input type="checkbox"/> 指定障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 医療型障害児入所施設 <input type="checkbox"/> 厚生労働大臣が指定する医療機関 <input type="checkbox"/> のぞみの園が設置する施設 <input type="checkbox"/> ハンセン病療養所 <input type="checkbox"/> 救護施設 <input type="checkbox"/> 被災労働者の介護の援護に係る施設 <input type="checkbox"/> 療養介護を行う病院 <input type="checkbox"/> その他()		
施設名			
施設所在地			
該当年月日 又は 不該当年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	措置機関名 <input type="checkbox"/> 京都市 福祉事務所 <input type="checkbox"/> 京都市児童相談所 <input type="checkbox"/> 他都市
入所以前又は 退所以後の住所			

(注) 該当する口にレ印を入れてください。施設の種類等が不明の場合は、施設にお問い合わせください。

下記の欄は記入しないでください。

住基の住所(現在)	<input type="checkbox"/> 施設所在地と同じ <input type="checkbox"/> 上記住所と同じ	<input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明
確認書類	<input type="checkbox"/> 福祉連絡票等 (端末入力済)	<input type="checkbox"/> 施設の入所・退所証明 <input type="checkbox"/> 措置機関又は施設への電話確認 <input type="checkbox"/> その他
適用除外開始日 又は終了日	<input type="checkbox"/> 開始日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 終了日 (H12. 4. 1以降の日)	端末処理 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 修正 処理日 令和 年 月 日

決定
課長
係長
係員