

介護保険第2号被保険者適用除外に関する届書

窓口に来た方	氏名		世帯主との関係	☐ 本人 ☐ 同一世帯員 ☐ 代理人（ ）
	住所	※世帯主及び同一世帯員は、記入不要です。 電話番号（日中の連絡先）		

被保険者記号番号										届出区分	☐ 該当（入所、40歳年齢到達） ☐ 非該当（退所）
被保険者	氏名									個人番号	
	生年月日	年 月 日									
施設等	名称										
	所在地	電話番号									
入所年月日		年 月 日						退所年月日	年 月 日		
上記のとおり、届出します。 年 月 日 住所 竹田市長 様 届出人（世帯主） 氏名 個人番号 電話番号											

※入所証明書を添付してください。

市の記入欄	個人番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号が記載された住民票 ☐ 公簿 ☐ 住基ネット			
	窓口に来た方の本人確認	<写真付き1点確認> ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ 身障手帳 ☐ 在留カード ☐ （ ） <写真なし2点確認> ☐ 資格確認書等 ☐ 年金手帳 ☐ 身分証明書 ☐ （ ）			
	代理権の確認	☐ 戸籍謄本（法定代理人） ☐ 委任状 ☐ 委任状省略（同一世帯員） ☐ 本人しか持ち得ない書類（ ）			
	添付書類	☐ 入所証明書			
	介護保険適用除外施設	☐ ①指定障害者支援施設（生活介護及び施設入所支援に係るもの） ☐ ②障害者支援施設（身体障害者福祉法による措置入所、知的障害者福祉法による措置入所） ☐ ③医療型障害児入所施設 ☐ ④指定発達支援医療機関 ☐ ⑤のぞみの園法に規定する施設 ☐ ⑥ハンセン病療養所 ☐ ⑦救護施設 ☐ ⑧労働者災害特別介護施設 ☐ ⑨指定療養介護事業所			
	☐ 適用除外該当 ☐ 適用除外非該当	年 月 日		受付	電算入力