

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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 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)		

被保険者証記号番号			届出区分	<input type="checkbox"/> 該当 (入所、40歳年齢到達) <input type="checkbox"/> 非該当 (退所)
被 保 険 者	氏名			個人番号
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
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		(印)		
		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	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票 <input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> 住基ネット			
	窓口に来た方の 身元確認	<写真付き1点確認> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> () <写真なし2点確認> <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> ()			
	代理権の確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 (法定代理人) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 委任状省略 (同一世帯員) <input type="checkbox"/> 本人しか持ち得ない書類 ()			
	添付書類	<input type="checkbox"/> 入所証明書			
	介護保険適用 除外施設	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> ③医療型障害児入所施設 <input type="checkbox"/> ④指定発達支援医療機関 <input type="checkbox"/> ⑤のぞみの園法に規定する施設 <input type="checkbox"/> ⑥ハンセン病療養所 <input type="checkbox"/> ⑦救護施設 <input type="checkbox"/> ⑧労働者災害特別介護施設 <input type="checkbox"/> ⑨指定療養介護事業所			
<input type="checkbox"/> 適用除外該当 <input type="checkbox"/> 適用除外非該当		年 月 日	受付	電算入力	確認