様式第４号（第５条関係）

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）		

被保険者証記号番号			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	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

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			
	窓口に来た方の身元確認	＜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＞□保険証 □年金手帳 □身分証明書 □資格証明書 □（　　）			
	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	確認