

介護保険 適用除外者申請書

帯広市長 あて
次のとおり申請します

申請者が施設職員等の方の場合には記載しないでください。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
	申請者 個人番号	
申請者住所	〒 電話番号	

被保険者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
			個人番号	
	住 所	〒		
入退所施設	名 称			
	住 所	〒 電話番号		
	施設入退所日	入 所 ・ 退 所 年 月 日		
	施設の種類			
	支給決定内容	☐ 介護給付 () ☐ 訓練等給付 () ☐ 地域生活支援事業 () ☐ 旧法施設支援 ()		

※施設の種類の指定障害者支援施設の場合のみ記載

個人代理権の授与が困難である場合には、被保険者の個人番号①「被保険者の個人番号カード」に記載しないので、通知カード又は

医療保険者名	帯広市国民健康保険
被保険者記号番号	帯広 ー