

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ついては、「申請者個人番号」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 | 昭和 年 月 日 |
| | 氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | | | 個人番号 | |
| | 住所 | 〒 電話番号 | | |
| 入退所 | 名称 | | | |
| | 住所 | 〒 電話番号 | | |
| 施設 | 施設入退所日 | 入所 ・ 退所 | 年 月 日 | |
| | 施設の種類 | <input type="checkbox"/> 介護給付 () <input type="checkbox"/> 訓練等給付 () <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業 () <input type="checkbox"/> 旧法施設支援 () | | |
| | 支給決定内容 | ※施設の種類が指定障害者支援施設の場合のみ記載 | | |

代理権の授与が困難である場合については、「被保険者の個人番号」に「被保険者」の個人番号カード、通知カード又は個人番号のわかる住民票の写しのコピーと②「代理人の身元確認の①「被保険者」に「被保険者」の個人番号カード、通知カード又は個人番号のわかる住民票の写しのコピー」を添付していただく必要があります。

| | |
|---------------|-----------|
| 医療保険者名 | 帯広市国民健康保険 |
| 国民保険被保険者証記号番号 | 帯広 - |