**介護保険適用除外（ 該当 ・ 非該当 ）届**

年　　　　月　　　　日

香美町長　　　様

（申請者）住　　所

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

国民健康保険法施行規則第５条の４の規定により、下記のとおり届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当被保険者 | 被保険者証の記号・番号 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 適用除外施設 | 施設名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所・退所  年月日 | 年　　　月　　　日 | 適用除外（該当・非該当）年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 事由 | 該当の場合 | □　入所　　□　４０歳到達　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  □　入所中に介護適用除外となる障がい福祉サービスの支給決定を受けた | | | | | | | | | | | | | | |
| 非該当の場合 | □　退所  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |

【注意事項】

・この届出を提出する際は、施設の入所・退所を証明する書類を添付してください

・障がい福祉サービスの支給決定を受けている場合は、障がい福祉サービス受給者証の写し（受給者氏名と支給決定内容部分）を添付してください

・障がい福祉サービスの支給決定を受けている場合でも、介護保険適用除外が非該当となる場合があります。（短期入所の場合など）