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。

<table>
<tr><td rowspan="5">該当被保険者</td><td>被保険者証の記号・番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td colspan="2">個人番号</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">適用除外施設</td><td>施設名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>入所・退所年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>適用除外（該当・非該当）年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">事由</td><td>該当の場合</td><td colspan="3">☐ 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</td></tr>
<tr><td>非該当の場合</td><td colspan="3">☐ 退所
☐ その他（　　）</td></tr>
</table>

【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）