介護保険　適用除外者申請書

みやこ町長　様
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和　　年　　月　　日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 TEL　　（　　）		

※申請者が、被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者番号					
対象者	フリガナ		生年月日	大･昭　　年　　月　　日	
	氏　　名		性　　別	男　・　女	
	住　　所	〒 電話番号　　（　　）			
入退所施設等	名　　称				
	所在地	〒 電話番号　　（　　）			
	入退所日	入所　・　退所　　年　　月　　日			
	適用除外 該当・非該当	該当　・　非該当　　年　　月　　日			
	施設の種類 （根拠法令）				
	援護の実施 機関				
	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			
医療保険者名					
医療保険被保険者証記載番号					

事務処理欄　※該当する項目にチェックをつけてください。

申請者の本人確認事項	受付者
□運転免許証　□パスポート　□マイナンバーカード □その他（　　）　□面識・質問（職員氏名　　）	