

介護保険適用除外施設入所（退所）届

被 保 険 者 証 番 号	登	
該当被保険者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
	性 別	男 ・ 女
介護保険法施行法第11条第1項の規定の適用を受けるに至った(適用を受けなくなった)年月日		
入所または入院中の(入所または入院していた)施設	名 称	
	所 在 地	
<p>上記のとおり届出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>世帯主 住 所 _____</p> <p style="padding-left: 100px;">氏 名 _____</p> <p style="padding-left: 100px;">電話番号 _____</p> <p style="margin-top: 20px;">登別市長 様</p>		