

# 介護保険適用除外者申請書

下田市長 あて

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名		対象者 との続柄	
住 所	〒  電話番号 ( ) -		

被保険者番号		世帯主氏名	
対 象 者	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏 名	性 別	男 ・ 女
	住 所	〒  電話番号 ( ) -	
	個人番号		
入 所 施 設	施 設 名		
	所 在 地	〒  電話番号 ( ) -	
	施 設 入退所日	入 所 ・ 退 所	年 月 日
備 考			

下田市市民保険課国保年金係 TEL0558-22-3922

下田市地域福祉課介護保険係 TEL0558-22-2077