介護保険適用除外施設　入所・退所　届

年　　　月　　　日

二 本 松 市 長

次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人 | フリガナ |  | 本人との関係 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒電話番号（　　　　　　）　　　　　　－ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号（マイナンバー） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 住　　所 | 〒電話番号（　　　　　　）　　　　　　－ |
| 内　　容 | □入所　　　□退所 |
| 入退所年月日 | 　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 施設名称 |  |
| 施設住所 | 〒電話番号（　　　　　　）　　　　　　－ |