

記入例

豊田市国民健康保険介護保険第2号被保険者適用除外施設 **入所** に関する届出書

**入所**

退所

豊田市長 様

届出年月日

令和 〇 年 〇 月 〇 日

※太枠の中のみご記入ください。

世帯主	住所	豊田市西町3-60				被保険者証 記号番号	000 - 0001	
	氏名	豊田 太郎		連絡先	(窓口に来た人) (続柄)			
	個人番号			(0565) 34 - 6637	豊田 太郎		本人	

適用除外に係る被保険者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 施設の住所と同じ 電話 (       ) -		適用除外施設に <b>入所</b> した年月日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同じ 生年月日 昭・平・令 40 年 1 月 1 日		平成 <b>令和</b> 〇 年 〇 月 〇 日
	個人番号			
	施設名	豊田園		施設の所在地 豊田市西町3-70 電話 ( 0565 ) 34 - 6638

処理欄	施設の種類の種類	1 指定障害者支援施設(身体)    4 児童福祉法の厚生労働大臣が指定する医療機関    7 生活保護法に規定する救護施設    10 指定障害者支援施設(知的・精神) 2 障害者支援施設(身体)    5 のぞみ園が設置する施設    8 労働者災害補償法に規定する施設    11 障害者総合支援法施行規則に規定する施設 3 医療型障害児入所施設    6 ハンセン病療養所    9 障害者支援施設(知的) <input type="checkbox"/> 入・退所証明あり <input type="checkbox"/> 入・退所証明なし 施設確認済 (担当:       )											
	事由	<input type="checkbox"/> 適用    入所    退所    入所中    入所中    入所中    其他 <input type="checkbox"/> 解除    国保加入    国保喪失    年齢到達    (       )				適用・解除年月日	年	月	日	受付欄	受付	入力	審査
	本人確認 1点: 免・個・在・身・他(       ) 2点(       )												