

介護保険適用除外該当（非該当）届

1	被保険者 記号・番号		
2	被 保 険 者	住 所	
		氏 名	
		個人番号	
3	入所又は入院中の (入所又は入院して いた)施設	所 在 地	
		名 称	
4	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	年	月 日

上記のとおり届出いたします。

(あて先) 葦崎市長

年 月 日

世帯主 住 所 葦崎市

氏 名 (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号

※添付書類：入所又は入院の事実が証明できる書類