

介護保険法施行法第11条第1項適用除外 該当・非該当 届

平成 年 月 日

(宛先) 中能登町長

下記のとおり届出します。

世帯主 住 所
氏 名 ⑤
個人番号
電話番号 ()

被保険者	被保険者証 の記号番号			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	個人番号	
	住 所			
入所施設	名 称			
	所 在 地			
入 所 年 月 日		平成 年 月 日		
適 用 年 月 日		平成 年 月 日		

※該当届の場合は、在所証明書のコピーを添付してください。

事務処理欄

代理権の確認	身元確認 (本人又は代理人)		番号関係
☐ 本人の被保険者証等 ☐ 委任状 ☐ 登記事項証明書 ☐ その他 ()	1 点	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ プレ印字書類 ☐ その他 ()	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ システム ☐ その他 ()
	2 点	☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ その他 ()	