

介護保険 適用除外施設 **入退所 異動** **届出票**

年 月 日

吉備中央町長 様

届 出 人	氏 名	
	住 所	〒 電話番号

※該当の届出にチェックを入れてください。

- | | | |
|---|----------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設 | に 入 所
を 退 所 | しましたので、届出します。 |
| <input type="checkbox"/> 介護保険適用除外施設入所中に | 40 歳 到 達
65 歳 到 達 | しましたので、届出します。 |
| <input type="checkbox"/> 吉備中央町国民健康保険 | に 加 入
を 脱 退 | しましたので、届出します。 |
| <input type="checkbox"/> その他(|) | |

	入 所 年 月 日	年 月 日	退 所 年 月 日	年 月 日
対 象	フリガナ		施 設 名	
	氏 名			
者	施設所在地	〒 電話番号		
	生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
	入所前住所	〒 電話番号		
	退所後住所	〒 電話番号		
	退 所 理 由			