介護保険被保険者適用除外等届出書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象となる  被保険者氏名 |  | 生年月日 | |  |
| 施設の名称 |  | | | |
| 施設の所在地 |  | | | |
| 適用除外（　開始　・　終了　）年月日 | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 被保険者記号番号 |  | | | |
| 備　考 |  | | | |

上記のとおり届け出します。

令和　　　年　　　月　　　日

男鹿市長　様

届出者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印