

## 様式第5号（第8条関係）

介護保険法施行法第11条第1項（適用除外に関する経過措置）該当・非該当届

年　月　日

毛呂山町長　あて

(世帯主)　住　所：\_\_\_\_\_

氏　名：\_\_\_\_\_

個人番号：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

介護保険法施行法第11条第1項の規定により、次のとおり届けます。

該当 被保険者	住所			
	氏名			
	生年月日	年　月　日	個人番号	
該当 入所施設	名称			
	住所			
	該当日	年　月　日		
被保険者記号番号	も　　(枝番)			
世帯主以外の方が届け出る場合は、下記も記入してください。				
住　所：_____				
氏　名：_____				
電話番号：_____				
世帯主との関係：_____				

## 毛呂山町記入欄

本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他( )				台帳入力	<input type="checkbox"/> 済
該当・非該当事由	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> 40歳到達 <input type="checkbox"/> その他( )				受付印	
支給決定内容	<input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> その他					
備考	課　長	副課長	係　長	担当		