

様式第4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
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号			
被 保 険 者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年	月 日
	個人番号		
介護保険法施行法第11条第1項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
入 所 又 は 入 院 中 の （入所又は入院していた） 施 設	名 称		
	所在地		
上記のとおり届けます。			
年 月 日			
(宛先) 羽 生 市 長			
世帯主 住 所			
氏 名			
個人番号			
電話番号 - -			

※添付書類 保険資格内容が分かるもの、入所証明書（原本・入所日の記載のあるもの）