

| | | | |
|--|--------------------|--------------------------|---------|
| <p style="text-align: center;">該 当</p> <p style="text-align: center;">介 護 保 險 適 用 除 外</p> <p style="text-align: center;">非 該 当</p> | | | 整 理 番 号 |
| | | | 届 出 書 |
| 被 保 險 者 記 号 番 号 | 下 妻 一 | 該 当 年 月 日 非 該 当 年 月 日 | 年 月 日 |
| 被 保 險 者 | 住 所 | | |
| | 氏 名 | | |
| | 生 年 月 日 | 昭 和 ・ 平 成 | 年 月 日 |
| | 個 人 番 号 | | |
| 入 所 (入 院) 施 設 | 名 称 (電 話 番 号) | (電 話 番 号) () | |
| | 所 在 地 | | |
| 令 和 年 月 日 世 帯 主 住 所 氏 名 個 人 番 号 電 話 番 号 下 妻 市 長 様 | | | |

備考 (1)「入所(入院)施設」の欄は、該当届の場合に記載すること。
 (2)入所又は入院の事実が確認できる証明書を添付すること。

| |
|-------|
| 担 当 者 |
| |