

障害者支援施設等に入所又は入院中の者に関する届出書

三股町長 様

年 月 日

住所 三股町 _____
申請人 _____
(世帯主) 氏名 _____ (印)
電話番号 _____

下記の者は介護保険法施行法第11条第1項の規定の適用を受けるに至りましたので届出をいたします。

記

1. 被保険者氏名 _____ (申請人との続柄: _____)
2. 被保険者住所 _____
3. 被保険者証記号番号 _____
4. 法11条第1項の
規定の適用を受け
るに至った年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
5. 入所（入院中）施設
名称及び所在地 名 称 _____
所在地 _____
電話番号 _____