

決定 伺	課長	参事	課長補佐	係長	主査	主任	担当者

国民健康保険税 介護保険適用除外 該 当 届
非該当

被保険者証の 記号番号	岡 82	該 当 非該当	年月日	年	月	日
----------------	------	------------	-----	---	---	---

被 保 険 者	個人番号													
	フリガナ						生年月日	年	月	日				
	氏 名													
	住 所													

入退所施設	名 称											
	所 在 地											

備 考

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

住 所
世帯主 氏 名
個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

瀬 戸 内 市 長 様

*添付書類 被保険者証の写し