

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

(宛先)山武市長

施設名称  
代表者氏名

次の者が下記の施設 に入所 しましたので、連絡します。  
を退所

|          |       |
|----------|-------|
| 入所・退所年月日 | 年 月 日 |
|----------|-------|

|                  |                           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |  |  |
|------------------|---------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-------|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号                    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |  |  |
|                  | フリガナ                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |  |  |
|                  | 氏 名                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年 月 日 |  |  |
|                  |                           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性 別  | 男 ・ 女 |  |  |
|                  | 入所前住所                     | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |  |  |
|                  | 退所後住所<br>(※1)             | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |  |  |
| 退所理由             | 1 他の施設入所    2 死亡    3 その他 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |       |  |  |

※1 死亡退所の場合は、記載不要

|        |         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|---------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 施<br>設 | 名 称     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 電 話 番 号 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 所 在 地   | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |