

適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様

施設名

代表者名

次の者が当施設 に入所 したので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	番 号								
	フリガナ							生年月日	明治 大正 昭和
	氏 名							性 別	年 月 日
									男 ・ 女
	入所前住所	〒							
	退所後住所 (死亡退所の場合は記載不要)	〒							
	退 所 理 由	1 介護保険施設入所	特養 老健 介護療養型 名称						
2 その他		居宅 入院 他の適用除外施設入所 名称							
3 死亡									

措置市町村名	
--------	--

施 設	名 称			
	所 在 地	〒		
	電話番号		F A X	