

介護保険適用除外施設 入所 ・ 退所 連絡票

年 月 日

勝 央 町 長 様

所在地

施設名

管理者

次の者が下記の施設（ に入所 ・ を退所 ）しましたので、連絡します。

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

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ						生年 月日	明治 ・ 大正 昭和 年 月 日				
	氏 名											
	入 所 前住所	〒										
	退 所 後住所（※）	〒										
	退所理由 （いずれかに○）	①：他の施設へ入所 ②：死亡 ③：その他（ ）										

※死亡による退所の場合は、記載不要。

対 象 施 設	入 が あ る 場 合 の み 記 入 （ 退 所 理 由 ① に 記 ）	名 称	
		電 話 番 号	（ ） ー
		所 在 地	〒

受付	入力