

# 介護保険適用除外施設(入所・退所)連絡票

令和 年 月 日

西海市長 様

所在地

施設名

代表者名

印

次の方が本施設に入所(を退所)しましたので、連絡します。

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

被 保 険 者	被保険者番号				
	フリガナ				
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
			性別	男 ・ 女	
	入所前住所	〒			
	退所後住所	〒			
退所理由	1 他の施設入所 2 死亡 3 その他( )				

※退所者が他の施設へ入所した場合記入

施 設	名称	
	電話番号	
	所在地	〒