

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

香美町長 様

施設名： _____

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	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 在宅 3 死亡 4 その他 ()												

※ 介護保険の資格を取得していない場合、被保険者番号の記載は不要

保 険 者 名	香美町	保 険 者 番 号	2	8	5	8	5	8	
---------	-----	-----------	---	---	---	---	---	---	--

施 設	名 称											
	電 話 番 号											
	所 在 地											