

介護保険適用除外施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

施設名

大崎町長 殿

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	令和 年 月 日
-----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号	4	6	8	0							
	フリガナ								生年月日	大・昭 年 月 日		
	氏名								性別	男 ・ 女		
	入所前住所	〒 -										
	退所後住所 ※1	〒 -										
	退所理由	1 転出 2 他の施設入所 3 志望 4 その他 ()										

※1 死亡退所の場合は記載不要

施 設	名称	
	電話番号	
	所在地	〒 -