

介護保険適用除外施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

施設所在地

施 設 名

担 当 者

電 話 番 号

に入所

次の者が下記の施設

しましたので、連絡します。

を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

フリガナ			
氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
		性 別	男 ・ 女
入所(居)前住所	〒 ー		
退(居)後住所	〒 ー 死亡退所の場合は記載不要		
退(居)理由	1 他の住所地特例対象・適用除外対象施設入所(居) 2 死亡 3 その他(理由:)		

施 設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	〒 ー