

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 |