

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<br>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)<br>2 死亡 3 その他(理由: ) |      |             |

|    |         |     |
|----|---------|-----|
| 施設 | 名 称     |     |
|    | 電 話 番 号 |     |
|    | 所 在 地   | 〒 ー |