

# 介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

太 子 町 長 様

## 適用除外施設

---

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	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					
	フリガナ											生年月日	明・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 他施設入所			2 死亡			3 その他																

\* 1 死亡退所の場合は記載不要

保険者名		保険者番号							
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称													
	電話番号													
	所在地	〒												