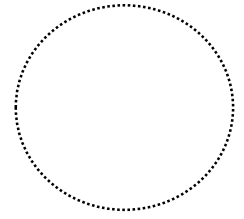


介護保険 適用除外施設入所・退所連絡票



令和 年 月 日

加西市長 あて

事業者名

次の者が下記施設 に入所 しましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	令和 年 月 日
----------	----------

フリガナ		生 年 月 日	大・昭 年 月 日	性別	男・女
被保険者氏名					
入所前住所	〒				
退所後住所	〒				
退所事由	1. 自宅 2. 他の施設入所（施設名： ） 3. 死亡 4. 医療機関入院（病院名： ） 5. その他（ ）				

* 死亡退所の場合、退所後住所欄は記入不要

施設	名称	
	電話番号	
	所在地	〒