

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

上天草市長 様

施設名

管理者

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
----------	-------

フリガナ			
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月
		性別	男 ・ 女
現住所	〒		
退所後住所 *1	〒		
退所理由	1 他の適用除外施設入所 2 死亡 3 その他		

*1 死亡退所の場合は記載不要

施設	名称	
	電話番号	
	所在地	〒