

(施設→住所地市町村)

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

尼崎市長 あて

施設名 _____

次の方が下記の施設 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																			
	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	〒 _____																		
	退所 理由	1 他の施設入所 2 死亡 3 その他 (_____)																		

※ 退所理由が死亡の場合、退所後住所欄の記載は不要です。

施 設	名 称																	
	電話番号																	
	所在地	〒 _____																