

介護保険適用除外施設 入所 ・ 退所 者連絡票

令和 年 月 日

あて先 松阪市長

施設名

施設長名

印

次の者が下記の介護保険適用除外施設 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			
氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	性別	男 ・ 女	
入所前住所			
*退所後住所			
退所理由	1. 介護保険施設入所 2. 在宅復帰 3. 死亡 4. その他 ()		

* 死亡退所の場合は記載不要

入所した適用除外施設	名 称		
	指 定 番 号		
	種 類	ア. 旧身体障害者入所療護施設 ウ. 生活保護救護施設	イ. 自立支援法による施設入所支援 エ. その他 ()
	電 話 番 号		
	所 在 地	〒	

介護保険担当者記入欄

資格入力	適除入力	国保連絡

施設種類コード ア：11 イ：05 ウ：16