介護保険適用除外施設からの退所予定について

令和　　年　　月　　日

あて先　　松阪市長

施設名

施設長名　　印

次のとおり介護保険適用除外施設の退所を予定しています。

退所（予定）年月日	令和　　年　　月　　日予定　・　未　定（検討中）

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	（※確定している場合のみ記入）		
退所理由	1．介護保険施設入所　　2．在宅復帰（地域移行）　　3．その他（　　）		

入所している適用除外施設	名　称	
	指定番号	
	種類	ア．旧身体障害者入所療護施設　　イ．自立支援法による施設入所支援 ウ．生活保護救護施設　　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