

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

宇城市長 様

施設名

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
介護保険 保険者	

※保険者は、障害者支援施設等は、障害福祉サービスの支給決定等をしている市町村
救護施設は、保護を実施している福祉事務所名を記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号														
	フリガナ														
	氏 名											生年月日	年	月	日
												性 別	男	・	女
	入所前住所	〒													
	退所後住所	〒													
退所理由	1 他施設入所 2 死亡 3 その他（ ）														

※ 介護保険の資格を取得していない場合、被保険者番号の記載は不要

施設	名 称	
	電話番号	
	所 在 地	〒