

適用除外施設退所予定者連絡票

年 月 日

宇 城 市 長 様

適用除外施設	名 称	
	所 在 地	
	電話番号	

退所予定者	氏名	
	生年月日	
	性別	
	住所	
	退所予定年月日	

上記のとおり退所予定者を連絡します。

担当者	
-----	--

※退所予定日は、申請日より最大3ヶ月までとします。

※退所予定日までに退所ができない場合や、認定申請を取り下げる場合は、退所予定日の変更もしくは取り下げに至った理由書を提出してください。