

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

熊本市長 あて

次の者が 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

連 絡 年 月 日	年 月 日
入 所 ・ 退 所 年 月 日	年 月 日
介 護 保 険 保 険 者	

※介護保険 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。

対 象 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	〒 -									
	施 設 名 又 は 建 物 名										
	退 所 理 由	1 転居・転所 2 死亡 3 その他 ()									
	退 所 後 住 所	〒 -									
	施 設 名 又 は 建 物 名										

※死亡退所の場合は、記載不要

施 設	名 称										
	所 在 地	〒 -									
	電 話 番 号										