|  |
| --- |
| 介護保険適用除外施設 入所・退所 連絡票  令和 　 年　 月 　 日 みよし広域連合長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　　　　　　　　　　　　　　　 に入所 次の者が下記の施設 ・ 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 |
|  |
|  | 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 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 \*1 | 〒　　　－ |
|  |  １ 他の介護保険施設 ２ 死亡　３ その他 |
|   ＊1 死亡退所の場合は記載不要 |
| 保 険 者 名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 施設 | 名 称 |  |  |
|  | 　　　　　　（　　　） |
| 所 在 地 | 〒　　　－ |