介護保険　適用除外施設　入所(居)・退所(居)　連絡票

年　　月　　日

(宛先)　美祢市長　様

(施設名)

次の者が下記の施設　に 入所・入居 / を 退所・退居　しましたので、連絡します。

※太わくの中をご記入ください

入所(居)・退所(居)年月日	年　　月　　日

被保険者	被保険者番号				
	フリガナ		生年月日	大・昭　年　月　日	
	氏　名		性　別	男・女	
	入所(居)前住所	〒			
	退所(居)後住所 *1	〒			
	退所(居)理由	1 他の適用除外施設入所（居）　2 死亡　3 その他（　　）			

*1 死亡退所(居)の場合は記載不要

施設	名　　称	
	電話番号	
	所在地	〒