介護保険適用除外施設　入所（退所）連絡票

年　　月　　日

安来市長　あて

施設長 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次の者が、入所（退所）　しましたので連絡します。

入所・退所年月日	年　　月　　日

対象者	被保険者番号											
	フリガナ			生年月日	年　　月　　日							
	氏　　名											
	入　　所 前住所	〒										
	退　　所 後住所※1	〒										
	退所理由	1.他の住所地特例・適用除外施設入所 2.死亡　　3.その他（　　）										

※1：死亡退所の場合は記載不要

施設	名　　称	
	所在地	〒
	電話番号	