

## 介護保険 適用除外施設入退所連絡票

阿蘇市長 様

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 }

提出年月日	年 月 日
入所・退所年月日	年 月 日
介護保険保険者 <sup>※</sup>	

※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 <sup>※</sup>	〒			
	退所理由	1.転居・転所    2.死亡    3.その他 (                      )			
	退所後住所 <sup>※</sup>	〒			

※入所前住所及び退所後住所には、施設名又は建物名をもれなく記入してください。

死亡による退所の場合、退所後住所の記入は不要です。

施設	名称			
	所在地	〒		
	電話番号			