

# 介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

十和田市長 様

届出者 \_\_\_\_\_ 印

次の者が 入所・退所・65歳到達 となりましたので連絡します。

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

入	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
退	入所前住所	〒		
所	退所後住所 *1	〒		
者	退 所 理 由	1 他の施設等への入所（施設等名称： _____） 2 死亡      3 その他（ _____ ）		

\*1 死亡退所の場合は記載不要

福 祉 事 務 所 名	
障害福祉サービス 支給市町村名	

施	名 称	
	電 話 番 号	(      )
設	所 在 地	〒