介護保険適用除外施設　入所・退所　連絡票

　　年　　月　　日

　佐野市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　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 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生　年　月　日 | |
| 氏名 |  |  | 年　　　　月　　　日 |
| 性別 | 男　　・　　女 |
| 入所前住所 | 〒 | | |
| 退所後住所※１ | 〒 | | |
| 退所理由 | １．他の介護保険施設入所　　　２．死亡　　　３．その他 | | |

　　　　※１　死亡退所の場合は記載不要