

# 介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

小豆島町長 様

(施設名称)

次の者が下記の施設 に入所  
・ しましたので、連絡します。  
を退所

入所・退所年月日	年	月	日
----------	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏 名		生年月日	大 昭 年 月 日							
			性 別	男 ・ 女							
	入所前住所	〒									
	退所後住所 * 1	〒									
退所理由	1 他の施設入所（施設名 _____） 2 死亡                      3 その他										

\* 1 死亡退所の場合は記載不要

障害福祉サービス 支給市町村名	
-----------------	--

施 設	名 称	
	電話番号	
	所在地	〒