|  |
| --- |
| 介護保険　適用除外施設　入所・退所　連絡票　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (あて先) 寝 屋 川 市 長　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設種別　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 施設名 　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  |
|  |
|  | 被保険者番号 | **０** | **０** | **０** | **０** |  |  |  |  |  |  |  |
| 被　保　険　者 | フリガナ |  | 生　年　月　日 |  |
| 氏　　名 |  | 　　　年 　月 　　日 |
| 入所前住所 | 〒　　　　－ |
| 退所後住所※１ | 〒　　　　― |
| 退所理由 |  １　他施設入所　　　　２　死亡　　　　３　その他 |
|  　　　 ※１ 　死亡退所の場合は記載不用 |
|  |
|  | 施　　設 | 名　　称 |  　 |  |
| 電話番号 |  　　　　　　―　　　　　　― |
| 所 在 地 |  〒　　　　― |
|  |