

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

大垣市長 様

適用除外施設

次の者が次の施設 ^{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・平	年 月 日
			性 別	男 ・ 女	
	入所前住所	〒			
	退所後住所 *1	〒			
退 所 理 由	1 他の適用除外施設入所 2 死亡 3 その他				

* 1 死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名	大垣市	保 険 者 番 号	2	1	2	0	2	7
---------	-----	-----------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称			
	電 話 番 号			
	所 在 地	〒		