**介護保険適用除外施設　入所・退所連絡票**

**（宛先）由利本荘市長**

**次のとおり届け出ます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出日（記入日）**

**令和　　　年　　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **施設所在地** | **〒** |
| **担当者** | **電話番号** |
| **異動日** | **令和　　　　年　　　　月　　　　日**※複数ある場合は備考欄へ記入してください |
| **異動事由****※該当する事由にレ点を入れてください****※複数ある場合は備考欄へ記入してください** |  | **「生活介護」および「施設入所支援」の開始** | ※適用除外開始 |
|  | **「療養介護」の開始** |
|  | **「生活介護」または「施設入所支援」の終了（死亡による）** | ※適用除外終了 |
|  | **「生活介護」または「施設入所支援」の終了（死亡以外による）** |
|  | **「療養介護」の終了（死亡による）** |
|  | **「療養介護」の終了（死亡以外による）** |
|  | **その他**※備考欄に内容を記入してください |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　　　　名** | **生年月日** | **被保険者番号** | **備　　　考** |
| **個人番号** |
| **フリガナ** | **大・昭・平・令****・　　　・** |  |  |
|  |
|  |
| **フリガナ** | **大・昭・平・令****・　　　・** |  |  |
|  |
|  |
| **フリガナ** | **大・昭・平・令****・　　　・** |  |  |
|  |
|  |
| **フリガナ** | **大・昭・平・令****・　　　・** |  |  |
|  |
|  |
| **フリガナ** | **大・昭・平・令****・　　　・** |  |  |
|  |
|  |
| **フリガナ** | **大・昭・平・令****・　　　・** |  |  |
|  |
|  |
| **フリガナ** | **大・昭・平・令****・　　　・** |  |  |
|  |
|  |