

# 介護保険適用除外施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

草津市長様

(施設名)

\_\_\_\_\_

次の者が下記の施設に 入所・入居 いたしましたので、連絡します。  
 を 退所・退去

入所(居)・退所(居)年月日	年 月 日
----------------	-------

被 保 険 者	被保険者番号				
	フリガナ			性 別	男 ・ 女
	氏名			生年月日	年 月 日
	入所(居)前 住所	〒 ー			
	退所(居)後 住所 <sup>※1</sup>	〒 ー			
	退所(居)理由	1. 他の住所地特例対象・適用除外対象施設入所(居) 2. 死亡 3. その他 ( )			

※1：死亡退所(居)の場合は記載不要

施 設 名	名称			
	所在地	〒 ー		
	電話番号			