

介護保険適用除外施設入所者 退所予定日確認票

年 月 日

草 津 市 長 様

適用除外施設の退所予定日について、次のとおり届け出ます。

※届出人が本人の場合、届出人記入欄は記載不要です。

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 ー 電話番号 ()		

フリガナ		性 別	男 ・ 女
対象者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	〒 ー 電話番号 ()		
電話番号	()		
現在入所中の 適用除外施設	施設名称		
	所在地	〒 ー	
退所予定年月日	年 月 日		
退所後の住所	名称*		
	所在地	〒 ー	

※一般住居の場合は記載不要