

# 介護保険適用除外施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

白老町長 様

(住 所)

(施設名)

(代表者)

印

次の者が下記の施設 に入所  
・ しましたので、連絡します。  
を退所

入所年月日	年 月 日
退所年月日	年 月 日

対 象 者	フリガナ			
	氏 名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	
		性 別	男 ・ 女	
	入所前住所	〒		
	退所後住所 ※1	〒		
退所理由	1 他の施設入所 2 転出 3 死亡 4 その他			

※1 死亡退所の場合は記載不要

保険者名		白老町
施 設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	〒