

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

豊 田 市 長 様

(施設名)

に入所
 次の者が下記の施設 ・ しましたので、連絡します。
 を退所

入所・退所年月日 ※1	令和 年 月 日
-------------	----------

※1 入所・退所の日付が分かる書類（契約書など）のコピーを添付してください。

対 象 者	フリガナ		生年月日	大・昭・平 年 月 日	
	氏 名		性 別	男 ・ 女	
			医療保険の 種 類	国保 ・ 社保 ・ 後期	
	支給決定した 市区町村				
	支給決定の 種 類				
	住民票住所	〒			
	入所前住所	〒			
退所後住所 ※2	〒				
(退所の場合) 退所理由	1 他の施設への入所 2 その他の転居 3 死亡				

※2 死亡退所の場合は記載不要

施 設	名 称	
	施設の種類 ※3	
	所 在 地	〒
	電話番号	

※3 「指定障がい者支援施設」、「労災特別介護施設」など