

介護保険適用除外施設 **入所** ・ 退所 届

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

滝 川 市 長 様

届 出 人
住 所 滝川市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇
氏 名 滝川 太郎
電話番号 △△-△△△△
対象者との関係 本人

に入所
下記の施設
を退所
しましたので届け出ます。

入所・退所年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
----------	----------------

対 象 者	被保険者番号	0001234567	個人番号	123456789123
	フリガナ	タキカワ タロウ	生年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	氏 名	滝川 太郎	性 別	男 ・ 女
	電 話 番 号	△△-△△△△	世 帯 主	滝川 太郎 続 柄 (本人)
	入 所 前 住 所	※ 入所の場合のみ記入してください。 入所前の住所を記入してください。		
者	入 所 前 住 所	※ 病院・施設等からの入所の場合は、病院名・施設名等を記入してください。 入所前の病院名・施設名を記入してください。		
	退 所 後 住 所	※ 施設入所・在宅に戻る場合は記入してください。死亡退所の場合は不要です。 退所後の住所を記入してください。		
	退 所 理 由	・ 死亡退所のため ・ 病院入院のため ・ 施設入所のため ・ 在宅に戻るため ・ その他 ()		

施 設	施 設 名 称 (担当者名)	施設名称・担当者名を記入してください。 (担当者名 :)
	電 話 番 号	△△-△△△△
	所 在 地	〒 施設の所在地を記入してください。