

# 介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

(連絡票作成日)

年 月 日

(あて先) 白石市長

当施設への  
入所者  
退所者  
について連絡します。  
(施設名)

印

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		性別	男 ・ 女
※1 入所前住所または退所後住所	〒		

※1 入所する方は入所前住所を、退所する方は退所後住所をご記入ください。  
また、死亡による退所の場合は記載不要です。

退所の場合	退所理由 (該当するものに○)	1 他の施設等への入所 (施設等の名称 : ) 2 死亡      3 その他 ( )
-------	--------------------	--

施設	名称	〒		
	所在地			
	電話番号		担当者名	