

介護保険適用除外施設 入所（院）・退所（院） 連絡票

平成 年 月 日

筑西市長 様

施設名 _____

担当者名 _____

次の者が下記の施設に、 入所（院）・退所（院）しましたので連絡します。

入所（院）・退所（院）年月日	平成 年 月 日
----------------	----------

入 退 所 者	フリガナ			
	氏 名		生年月日	明・大・昭 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 死亡 3 その他			

1 死亡退所の場合は記載不要

施 設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	〒