介護保険適用除外施設　入所（居）・退所（居）連絡票

令和　　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	令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号			
	フ リ ガ ナ			
	氏　　名		生 年 月 日	明・大・昭　年　月　日
			性　　別	男 ・ 女
	入所（居）前住所	〒		
	退所（居）後住所 ※1	〒		
	退所（居）理由	1　他の施設入所（居）　2　死亡　3　その他		

※1　死亡退所（居）の場合は記載不要

施設	名　　称	
	電 話 番 号	
	所　在　地	〒