

# 介護保険適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

岩見沢市長 様

(施設住所)

(施設名)

(施設長)

次の者が下記のとおり（入所・退所）しましたので連絡します。

入退所年月日	年 月 日
--------	-------

フリガナ		生 年 月 日
氏 名		大・昭・平 年 月 日
障害福祉サービス費を支給されている、 又は救護施設の場合は実施市町村名		
障害福祉サービス費を支給されている場合、支給決定されているサービス		

入 所 前 情 報	入所前 住 所	〒  電話番号
	※入所前住所が施設の場合、以下も記入してください。	
	施設名	

退 所 後 情 報	退所理由	1. 転居    2. 他施設入所    3. 死亡    4. その他
	退所後 住 所	〒  電話番号
	※退所後住所が施設の場合、以下も記入してください。	
	施設名	