**介護保険　適用除外施設入所・退所届出書**

　　年　月　日

館　山　市　長　　　様

に入所

次の者が以下のとおり施設　　・　　しましたので、届け出ます。

を退所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届　出　者 | 氏名 |  |
| 電話番号 |  |  |  |
| 住所 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | 被保険者番号 |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏名 |  |
| 性　別 |  |
| 住　所 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日(※) | 　　　　　年　　月　　日 |

　　　　(※)入所・退所の日付がわかる書類(契約書など)のコピーを添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設 | 名称 |  |
| 電話番号 |  |  |  |
| 所在地 |  |