平成 年 月 日

伊佐市長 殿

住　所

施設名

印

代表者（管理者）

**介護保険適用除外施設　入所連絡票**

下記の方が当施設に入所されましたので、報告します。

**記**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| シ　メ　イ |  |
| 氏　　　名 |  |
| 住 所 |  |
| 生年月日 | M・T・S 年 月 日 歳 |
| 入所日 | 平 成 年 月 日 |

平成 年 月 日

伊佐市長 殿

住　所

施設名

印

代表者（管理者）

**介護保険適用除外施設　退所連絡票**

下記の方が当施設から退所されましたので、報告します。

**記**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| シ　メ　イ |  |
| 氏　　　名 |  |
| 住 所 |  |
| 生年月日 | M・T・S 年 月 日 歳 |
| 退所日 | 平 成 年 月 日 |
| 退所の理由 | １ 他の施設への入所 ２ 死 亡 ３ その他 |
| 退所先※死亡の場合は不要 | 在 宅 | 住 所 |
| 他の施設 | 施設名住 所 |
| その他 |  |