

介護保険適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

南大隅町長 様

施設名

に入所

次の者が下記の施設 ・ しましたので連絡します。

を退所

入所・退所年月日	令和 年 月 日
----------	----------

フリガナ		生年月日	大・昭・平 年 月 日
氏名		性別	男 ・ 女
入所前住所	〒		
退所後住所 ※①	〒		
退所理由	1 転出 2 他の施設入所 3 死亡 4 その他()		

※① 死亡退所の場合は記載不要

※住所を移さないまま入所していた人が退所する場合、施設が発行する退所証明書を添付してください。

介護保険 保険者名 ※65歳以上の方	1 南大隅町 2 その他()
健康保険 保険者名 ※65歳未満の方	1 南大隅町 2 その他()

施設	名称	
	電話番号	
	所在地	〒

※住所を移さず入所する場合、施設が発行する入所証明書を添付してください。