**介護保険適用除外施設 入所・退所連絡票**

令和　　年　　月　　日

(あて先)箕面市長

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出人氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 届出人住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　） | | |

に　入所

を　退所

次の者が下記の施設　　　　　　　しましたので、連絡します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭 　年 　月 　日 |
| 入所前住所 | 〒 | | |
| 退所後住所  （※） | 〒 | | |
| 退所理由 | １ 他施設入所　　　２ 死亡　　　３ その他 | | |

（※） 死亡退所の場合は記載不要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施 設 | 名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 入所・退所年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

**施設入所証明書または施設退所証明書を添付してください。**