

介護適用除外施設入(退)所届

令和 年 月 日

滝沢市長 様

住所

氏名

電話番号

次の者が下記の施設に入(退)所したので届けます。

入(退)所 年月日	令和 年 月 日
施設名	名称
	住所 電話番号: ()
入(退)所 者氏名	生年月日: 昭和・平成 年 月 日
	性別: 男・女
被保険者 証番号	
入所前 住所	電話番号: ()
入(退)所 後住所※	電話番号: ()
退所理由	

※「入(退)所後住所」には入所した施設の住所と異なる場合にも記入してください。