介護保険　適用除外施設 入所・退所 連絡票

　　　年　　　月　　　日

　智頭町長　様

（施設住所）　〒

（施設名称）

（代表者名）

（担当者名）

（連絡先）TEL　　　 　　　　　FAX

　　　　　　E-mail

に入所

次の方が下記の施設　　　・　　　しましたので、連絡します。

を退所

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所　年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  | 生年  月日 | 明･大･昭　　年　　月　　日 |
| 性別 | 男　　　・　　　女 |
| 入所前住所 | 〒 | | |
| 退所後住所※ | 〒 | | |
| 退所理由 | １他の介護保険適用除外施設への入所  　（施設等の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２死亡　　　　３その他（　　　　　　　　　　） | | |

※退所後住所…死亡退所の場合は記載不要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　　設 | 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所 在 地 |  |