

# 記載例

## 介護保険適用除外施設 **入所**・退所 届出書

日付を記載してください

令和 年 月 日

新発田市長 様

世帯主・代理人の住所・氏名  
・連絡先を記載してください

住所

氏名

電話

次の者が下記の施設 に入所・~~を退所~~ しましたので届出します。

入所・退所年月日 年 月 日

施設入所・退所日を  
記載してください

対 象 者	フリガナ		個人番号	
	氏名		生年月日	
			性別	男・女
	入所前住所	〒		
	退所後住所 ※1	〒		
退所理由	1他の介護保険施設 2死亡 3その他			

※1 退所の場合は記載不要

必要事項を記載してください

保 険 者 名 新発田市 被 保 険 者 番 号

施 設  
名 称  
電 話 番 号  
所 在 地

保険証右上の被保険者証番号もしくは、「資格確認書」か「資格情報のお知らせ」の番号を記載してください

入所・退所する施設の名称等を記載してください