

介護保険適用除外施設 入所・退所 届出書

令和 年 月 日

新発田市長 様

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
----------	-------

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 死亡退所の場合は記載不要

保険者名	新発田市	被保険者証番号	
------	------	---------	--

施設	名称	
	電話番号	
	所在地	〒