

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 番 号	
---------	------	-------------	--

施 設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	〒