　　年　　月　　日

　潮来市長　　様

適用除外施設　名　　称：

住　　所：

電話番号：

担 当 者：

**適用除外施設　入所・退所　連絡票**

　次の者が、当施設　　　入所　　・　　退所　　　したので連絡します。

（どちらか一方に〇をしてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 異動年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| フリガナ  氏　　　名 | 男　・　女  生年月日：　　　　　　年　　月　　日　生 |
| 入所前住所 | 〒　　　－ |
| 退所後住所 | 〒　　　－ |
| 退所理由 | １．介護施設等に入所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２．医療機関等に入院（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３．死亡  ４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※確認印　（介護→障がい→資格→税→介護）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護保険 | 障がい | 国保資格 | 国保税 |
| ／ | ／ | ／ | ／ |
|  |  |  |  |