

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○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	〒 ー
退所後住所	〒 ー
退 所 理 由	1. 介護施設等に入所 () 2. 医療機関等入院 () 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
/	/	/	/