

介護保険適用除外施設（ 入所 ・ 退所 ）連絡票

年 月 日

伊方町長 宛

（国民健康保険 担当）

施設名

次の者が下記の施設（ に入所 ・ を退所 ）しましたので、連絡します。

被 保 険 者 等	（入所・退所）年月日		年	月	日
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	
	入所前住所				
	退所後住所	※死亡退所の場合は記載不要			
	退所理由	・ 他施設へ入所：施設名 ・ 死亡：死亡日 ・ その他：			
	所在地				
	電話番号				
	障害福祉サービス支給市町村名				
福祉事務所名					

施 設	名称	
	所在地	
	電話番号	
	担当者	

【以下、町職員記入欄】

国保資格異動日	年	月	日
適用除外（該当・非該当）年月日	年	月	日

受付	入力