

# 介護保険 適用除外施設 入所・退所届

年 月 日

南越前町長 様

に 入 所  
下記の施設 しましたので届け出ます。  
を 退 所

入所・退所年月日	年	月	日
----------	---	---	---

被保険者番号				
フリガナ			生年月日	明・大・昭
氏 名			年 月 日	
			性 別	男 ・ 女
入所前住所 または 退所後住所 ※1				
電話番号				

※1 入所する方は入所前住所を、退所する方は退所後住所をご記入ください。  
また、死亡による退所の場合は記載不要です。

退所の場合	退所理由 (該当するものに○)	1 他の施設等への入所 (施設等の名称 : _____ ) 2 死亡            3 その他 ( _____ )
-------	--------------------	--

施設	名 称	
	所在地	〒 _____

届出人	<input type="checkbox"/> 本人	氏 名		⑧	被保険者との関係	
	<input type="checkbox"/> 代理人	住 所	〒 _____			
		電話番号				

入所の場合	施設区分	障害者総合支援法	1 施設入所支援    2 生活介護    3 療養介護
		児童福祉法	1 重症心身障害児(者)施設と同等の治療等を行う病床 2 肢体不自由児(者)施設と同等の治療等を行う病床
		その他	( _____ )

受付