

介護保険適用除外施設 入所・退所届

年 月 日

下野市長 様

に入所

次の者が下記の施設
しましたので、届け出ます。

を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

対象者	フリガナ			
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	入所前住所	〒		
	退所後住所※	〒		
	施設名			
	退所理由	1 他の介護保険適用除外施設入所 2 死亡 3 その他()		

※死亡退所の場合は記載不要

施設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	〒
	適用除外 施設区分	

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒電話番号		

市記入欄	資格(取得・異動・喪失)年月日 令和 年 月 日 取得・異動・喪失事由
------	--