

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

萩市長 あて

(施設名)

印

次の者が下記施設に 入所 ・ 退所 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	令和 年 月 日
----------	----------

ふりがな 氏 名		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
		性 別	男 ・ 女
入所前住所 または 退所後住所 ※1	〒		

※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。なお、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 (施設等名 : ) 2 死亡 3 その他 ( )
-----------------------	--------------------	--------------------------------------------

障がい福祉サービス支給市町村 または保護実施機関	
入所施設が指定障害者支援施設の場合※2	1 施設入所支援 2 生活介護

※2 障害者総合支援法による施設入所支援及び生活介護の支給決定を受けていることを確認できる書類 (写) を添付してください。

施 設	名 称			
	所 在 地	〒		
	電話番号		担当者名	