

介護保険 適用除外施設 入所・退所 証明書

年 月 日

市長 様

施設所在地

施設名称

次の者が下記の施設 $\begin{pmatrix} \text{に入所} \\ \cdot \\ \text{から退所} \end{pmatrix}$ したことを、証明いたします。

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	〒 <small>※入所時のみ記入</small>
	退所後住所	〒 <small>※退所時のみ記入</small>
	退所理由	1 介護保険施設入所 (施設名 :) 2 死亡 3 その他 ()

入所または退所施設	名称	
	電話番号	()
	所在地	〒