

# 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 に入所  
・  
から退所したことを、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   | 〒 ※入所時のみ記入                          |      |             |
|     | 退所後住所   | 〒 ※退所時のみ記入                          |      |             |
|     | 退 所 理 由 | 1 介護保険施設入所（施設名：）<br>2 死亡<br>3 その他（） |      |             |

|           |       |     |
|-----------|-------|-----|
| 入所または退所施設 | 名 称   |     |
|           | 電話番号  | ( ) |
|           | 所 在 地 | 〒   |