介護保険　適用除外施設（救護施設）入所・退所連絡票

令和　　年　　月　　日

（宛先）
沖縄県介護保険広域連合長

施設所在地

施設名

次の者が下記の介護保険適用除外施設に（入所・退所）となりましたので、連絡します。

<table>
<tr><td rowspan="2" colspan="2">施設</td><td>名称</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="10">電話番号　　担当者</td></tr>
<tr><td colspan="3">入所・退所年月日</td><td colspan="10">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="8">被保険者等</td><td colspan="2">被保険者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="5"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="4" rowspan="2">明治 ・ 大正 ・ 昭和
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">入所前の住所</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td colspan="2">退所後の住所
（死亡の場合は空欄）</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td colspan="2">退所理由</td><td colspan="10">1.転居　2.他の施設入所　3.死亡　4.その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">障害福祉サービス
支給決定市町村名</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td colspan="2">障害福祉サービス
の種類</td><td colspan="10"></td></tr>
</table>