

介護保険適用除外施設 入所・退所者 連絡票

令和 年 月 日

有田川町 住民課
保険年金班 御中

施設名：

次の者が当施設に 入所 ・ 退所 しましたので連絡します。

1. 対象者

- ①氏 名：
- ②性 別：
- ③生年月日：
- ④住 所：
- ⑤障がい福祉サービス支給市町村名：

2. 入所・退所年月日：令和 年 月 日

3. 施設名

- ①施 設 名：
- ②住 所：
- ③連 絡 先：
- ④担当者名：