

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

(宛先) 秋田市長

施設名称

施設住所

電話番号 ( )

担当者名

次の者が上記の施設 どちらかに○をして下さい [ に入所 / を退所 ] しましたので、連絡します。

Table with 2 columns: Field Name and Content. Fields include: フリガナ, 氏名, 入所・退所年月日, 入所前住所/退所後住所, 手帳の種類, サービス内容, 給付サービス決定市町村名, 退所理由.

※療養介護を受けている方と生活保護法に規定する救護施設に入所している方は、記入不要です。