

適用除外施設 入所・退所 連絡票

(あて先) 松山市長

令和 年 月 日

施設名

次の者が下記の施設 [に入所] しましたので、連絡します。
を退所]

| | |
|----------|----------------|
| 入所・退所年月日 | 令和 年 月 日 |
| 松国保資格異動 | 取得・喪失 令和 年 月 日 |

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------|---|--|--|--|--|------------------|-------------------|--|--|
| 被 保 険 者 等 | 被保険者番号 (65歳未満は松国保番号) | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | |
| | 指定障害者支援施設 でのサービスの種類 | (生活介護・施設入所支援の有無を明確にしてください) | | | | | | | | |
| | 入所前の住所 | | | | | | | | | |
| | 退所後の住所 ※1 | | | | | | | | | |
| | 退 所 理 由 | <input type="checkbox"/> 他の施設へ入所(施設名:) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他(理由:) | | | | | | | | |

※1 死亡退所の場合は記載不要

| | |
|-----------------|--|
| 障害福祉サービス 支給市町村名 | |
| 福 祉 事 務 所 名 | |

| | | | | |
|----|------|--|-----|--|
| 施設 | 名称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| | 電話番号 | | 担当者 | |