

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		
	氏 名							年 月 日		
	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	