

介護保険適用除外施設 入所・退所 連絡票
【すべての入・退所者に係る連絡用】

令和 年 月 日

諏訪広域連合長様

施設名

次の者が、入所または退所しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	令和 年 月 日		
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
氏 名		性 別	男 ・ 女
入所前住所 (入所時のみ記入)	〒		
入所後住民票	1 施設へ異動 2 旧住民票のまま＝異動なし（諏訪広域内・諏訪広域外）		
退所後住所 (死亡退所の場合 記入不要)	〒		
退所後住民票	1 施設から異動 2 旧住民票のまま＝異動なし 3 異動（諏訪広域内へ／諏訪広域外へ） 4 死亡		
退 所 理 由	1 他の適用除外施設入所 2 介護保険施設入所 3 在宅へ 4 死亡 5 その他（ ）		

措置・支援市町村	
----------	--

施設	種 類	※ 該当箇所に○をしてください。 1 障害者支援施設 2 医療型障害児入所施設 3 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園が設置する施設 4 ハンセン病療養所 5 生活保護法に規定する救護施設 6 被災労働者の受ける介護の援護に係る施設 7 障害者総合支援法に規定する療養介護を行う施設 参照：介護保険法施行法第 11 条第 1 項、介護保険法施行規則第 170 条
	所 在 地	〒
	名 称	
	電話番号 (担当者名)	TEL () 担当者名