介護保険適用除外施設　入所・退所届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

西郷村長　　様

（世帯主）住　　所

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

下記施設に　**入　　所　　・　　退　　所**しましたので届出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 島６０－ | | | | | | | |  | | | | |
| 氏　　　　名 |  | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　 月　 　日 |
| 住　　　　所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　　設 | 名　　　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 入退所年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |