受付印

**介護保険適用除外施設　入所・退所　届**

**大玉村長　様**　年　　　　月　　　　日

○届出人　　氏　　名

本人との関係

住所又は　　　〒　　　－

施設所在地

電話番号　　　　　　　－　　－

○施　設　　名　　称

〒　　　－

所 在 地

電話番号　　　　　　　－　　－

担当者名

次の者について、介護保険法施行法第１１条第１項および同法施行規則第１７０条の規定に基づく適用

除外施設　　に 入 所　　 を 退 所　　したので、以下のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入・退所者情報 | フリガナ |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 |  　　年　 　月　 　日 |
| 入所前住所又は退所後住所 |  |
| 入退所（予定）年月日 | 　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |

※ 届出の際は、届出人および入・退所者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカードなどの写しでも可）をお持ちください。

村確認欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 高齢福祉係健康福祉課 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係　員 | 賦　課　係税　務　課 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係　員 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住民国保係住民生活課 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係　員 |
|  |  |  |  |