

介護保険適用除外施設 入所・退所 証明書

年 月 日

藤 岡 市 長 様

施設長 _____ 印

次の者が、下記の施設 { に入所 ・ を退所 } しましたので証明します。

入 所 年 月 日	年 月 日
退 所 年 月 日	年 月 日

※ 退所の場合も入所年月日の記入をお願いいたします。

対 象 者	フリガナ				
	氏 名		生年月日	明 大 昭 年 月 日	
			性 別	男 ・ 女	
	入所前住所	〒			
	退所後住所 ※1	〒			
退所理由	1. 他の介護保険施設入所 2. 死亡 3. その他 ()				

※1 死亡退所の場合は記載不要

施 設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	〒