

# 介護保険適用除外施設 入所・退所届

年 月 日

つくばみらい市長 様

次の施設 に入所  
・  
を退所 しましたので次のとおり届出します。

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

対象者 (本人)	被保険者番号										
	個人番号										
	フリガナ										
	氏名	生年月日	年 月 日								
		性別	男・女								
	入所前住所	〒									
		施設名									
退所後住所 (※)	〒										
	施設名										
退所理由	1 他の介護保険施設入所    2 死亡    3 その他										

※ 退所理由が死亡の場合は記載不要です。

世帯主	個人番号										
	フリガナ										
	氏名	本人との続柄					本人・( )				
		住所									

※ 世帯主が本人の場合、続柄の欄で本人に○をしていただきそのほかは記載不要です。

届出者	フリガナ										
	氏名	本人との続柄					本人・( )				
		住所									
電話番号											