

# 介護保険適用除外施設入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

芦屋市長 宛

施設名

次の者が下記の施設 に入所 退所 しましたので、連絡します。  
に入所中に40歳に到達

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

対象者	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
	利用サービスの種類			
	入所前住所 (住民票所在地)			
	退所後住所(※)			
	退所理由			

(※)死亡退所の場合は記載不要

利用サービス支給決定の市町村 \_\_\_\_\_ 市  
国民健康保険の保険者 \_\_\_\_\_ 芦屋市  
被保険者記号:なし 番号: \_\_\_\_\_ 枝番 \_\_\_\_\_

施設	名称	
	電話番号	( ) —
	所在地	