第3号様式（第3条関係）

介護保険適用除外施設　入所 ・ 退所 届

年　　月　　日

江 差 町 長　様

施設名

介護保険法施行法第１１条第１項の適用に関して、次のとおり届け出ます。

異動事由 （該当する事由に〇）	入所 ・ 入所中の適用 ・ 退所	異動（予定） 年 月 日	年　　月　　日

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏　　名		生年月日	M･T･S　　年　　月　　日
			性 別	男 ・ 女
	入所前住所	※ 入所の場合のみ記入してください。		
		※病院・施設等からの入所の場合は、病院名・施設名等を記入してください。		
	退所後住所	※ 施設入所・在宅に戻る場合は記入してください。死亡退所の場合は不要です。		
	退所理由	死亡退所のため　　在宅に戻るため 病院入院のため　　その他（　　） 施設入所のため		

施設	施設名称 （担当者名）	（担当者名：　　）
	電話番号	
	所在地	〒