介護保険　適用除外施設　入所・退所証明書

　　年　　月　　日

大田原市長　あて

措置部局又は施設長

所 在 地

名　　称

代 表 者　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

次の者が下記のとおり、入所・退所したことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入所年月日 | 年　　月　　日 |  |
| 退所年月日 | 年　　月　　日 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対 象 者 | フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭  　　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 性　　別 | 男 ・ 女 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 電話番号 |  |