

# 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	