介護保険適用除外施設　入退所証明書

平成　　年　　月　　日

上関町長　様

所在地

名　称

代表者

㊞

電話番号

次の者が下記の施設に入所・退所したことを証明します。

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  | 生年月日 | 大正・昭和　　　年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 性別 | 男　・　　女 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |