

# 介護保険適用除外施設 入所（退所）証明書

年 月 日

登別市長 様

(施設の長)

介護保険法施行法第11条の規定による介護保険適用除外者について、次のとおり証明します。

入所年月日	年 月 日
退所年月日	年 月 日

対象者	フリガナ			
	氏 名		生年月日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女

施設	名 称	
	所 在 地	〒
	電話番号	