**介護保険　適用除外施設　退所予定　証明書**

令和 年 月 日

甲斐市長 　様

施設所在地

施設名称

次の者が適用除外施設退所後に介護サービスを受けるため、下記の施設から退所を予定していることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 退所予定年月日 | 令和 年 月 日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　 年　 月 　日 |
| 現住所 | 〒 |
| 退所理由 | １ 介護保険施設入所（施設名：　　　　　　　　　　　　　　）２ 他の適用除外施設入所３ その他（　 　　　　 　　　　　　　　　　 ） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 退所する施設 | 名 称 |  |
| 電話番号 | 　　　　　　　　（　　　　　　　） |
| 所 在 地 | 〒 |