

適用除外施設 入所・退所 届出書

年 月 日

みやま市長 宛
(介護支援課)

施設名

施設長

1 対象者

フリガナ	
氏名	
生年月日	明・大・昭・ 年 月 日
性別	男 ・ 女

2 施設

施設名	
施設所在地	
電話番号	

3 入所・退所日

入所日	年 月 日
退所日	年 月 日

4 「生活介護及び施設入所支援」の支給決定を受けた者

(指定障害者支援施設に係る施設のみ)

支給決定日	年 月 日
-------	-------