

介護保険 適用除外施設 入所証明書

令和 年 月 日

福 津 市 長 宛

(施設名)

(施設長)

印

次の者の当施設への入所期間について、以下の通り証明します。

入所年月日	年 月 日
退所年月日	年 月 日

入所継続中

対象者	フリガナ		生年	大・昭・平・西暦
	氏名		月日	年 月 日
			性別	男 ・ 女

施設	名称	
	所在地	〒
	電話番号	