**介護保険適用除外施設 入所証明書**

　　年　　月　　日

（宛先）津島市長

措置部局又は施設長

所 在 地

名 称

代 表 者 　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

次の者が下記の施設に下記の期間入所(院)していたことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所(院)年月日 | 年　　月　　日 |
| 退所(院)年月日 | 年　　月　　日 |

**＜対象者＞**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明 ・ 大 ･ 昭  年　　　月　　　日 |
| 氏　　名 |  |

**＜施　設＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 電話番号 |  |