施設退所証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険被保険者番号  （該当者のみ記入） |  |
| 氏　　　　　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 住　　　　　　所 |  |
| 退 所 年 月 日 | 年　　　　月　　　　日 |

上記のものについて、現在、退所したことを証明いたします。

　　年　　月　　日

島原地域広域市町村圏組合管理者　様

施設名

管理者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

指定事業所番号

施設入所支援施設名

指定事業所番号

生活介護事業施設名