

障害者支援施設等の入・退所に係る届出書

年 月 日

(宛先) 前橋市長

次のとおり、下記の施設 に入所  
・ しましたので、届出します。  
を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

入 退 所 者	記号番号		生年月日	
	氏 名		個人番号	
	入所前住所			
	退所後住所 (施設名称) *1 *2			
	退所理由	1 他の施設へ入所 (*1 施設名称も記載)      2 死亡 (*2 死亡退所の場合は記載不要)      3 その他 ( )		
入 退 所 施 設	施設名称 (種類)			
	電話番号			
	所 在 地			
届 出 者	世帯主住所			
	(届出者住所) ※届出が代筆の場合	( Tel )		
	世帯主氏名		個人番号	
	(届出者氏名) ※届出が代筆の場合	( 続柄 )		

※太枠内をご記入ください

【国民健康保険課処理欄】

受付担当 記 入 欄	世帯主宛名番号( ) システム入力・賦課日( 年 月 日)	受 付 印
課 長	係 長	係 員
		(受付者 )

本人確認 (免許証・ )
番号確認 (通知カード・個番カード・ )