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

に入所
次のとおり、下記の施設　　・　　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　　2　死亡　　3その他（　　） （*1施設名称も記載）　（*2死亡退所の場合は記載不要）			
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・　　）