**介護保険適用除外施設　入所証明書**

 年　　月　　日

有田町長　様

所在地

名称

次の者が下記の施設に下記の期間入所していたことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所年月日 | 　　 年 月 日 |
| 退所年月日 | 　　 年 月 日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 性別 |  |

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