

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

平成 年 月 日

(市長・町長あて)

様

(住所地特例対象施設)

次の者が下記の施設
 に入所
 ・
 を退所
 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	平成	年	月 日
----------	----	---	-----

被 保 険 者	被保険者番号									生年月日	明大昭	年	月	日
	フリガナ													
	氏名									性別	男 ・ 女			
	入所前住所	〒												
	退所後住所 * 1	〒												
	退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他												

* 1 死亡退所の場合は記載不要

保険者名		保険者番号								
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名称													
	電話番号													
	所在地	〒												