

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 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
・ しましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	令和 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	〒										