

# 介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

大 村 市 長 様

介護保険施設名

に入所

次の者が下記の施設 ・ しましたので、連絡します。

を退所

入・退所年月日	年 月 日
---------	-------

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ																			
	氏 名													生年月日	年 月 日					
														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	〒																	