様式第５号（別表関係）

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

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・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
	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	〒