

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

忠 岡 町 長 様

住 所
施設名

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	年	月	日
----------	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏 名	生年月日	明・大・昭		年	月	日				
			性 別	男				女			
	入所前住所	〒									
	退所後住所	〒									
* 1											
退 所 理 由	1 他介護保険施設入所 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										