

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

御 殿 場 市 長 様

(施設名)

に入所・入居

次の者が下記の施設 ・ しましたので連絡します。

を退所・退居

入所(居)・退所(居)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(居)前住所	〒								
退所(居)後住所	〒									
退所(居)理由	*この欄は死亡退所の場合は記載不要 1. 他の介護保険施設入所 2. 死 亡 3. その他()									

保 険 者 名		保 険 者 番 号						
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称									
	電 話 番 号									
	所 在 地	〒								