

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

平成 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	平成 年 月 日
----------------	----------

被 保 険 者	被保険者番号												
	フリガナ											生年月日	明・大・昭
	氏名												年 月 日
												性別	男 ・ 女
	入所(居)前住所	〒											
	退所(居)後住所	〒											
退所(居)理由	1. 他の介護保険施設入所 2. 死 亡 3. その他()												

*この欄は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	〒										