

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

直 方 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	
			性 別	
	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

保 険 者 名		保険者番号	
---------	--	-------	--

施 設	名 称		
	電話番号		
	所 在 地	〒	