

介護保険住所地特例施設 入所 ・ 退所 連絡票

年 月 日

(あて先)

山県市長

(施設名)



次の者が下記の施設に 入所 ・ 退所 しましたので、連絡します。

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	年	月	日
												性 別	男 ・ 女		
	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	〒												