

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

美 深 町 長 様

印

次の者が下記の施設
に入所
・
を退所
しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	令和 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	〒																	