

介護保険住所地特例施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

令和 年 月 日

小国町長
仁 科 洋 一 様

施設名
施設長

次の者が下記の施設 に入所・入居
・ 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	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(居) 前住所	〒												
	退所(居) 後住所	〒												
	* 1													
	退所(居) 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	〒										