

介護保険 住所地特例施設 入所（居）・退所（居） 連絡票

年 月 日

御前崎市長 様

施設名
施設長

印

次の方が下記の施設 に入所
・ 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												生年月日	明	・	大	・	昭
	氏 名													年		月		日
	入所前住所	〒													性 別	男	・	女
	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（居）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	〒										