

受付印

介護保険住所地特例等施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

下松市長様

介護保険施設名

次の者が下記の施設
・
に入所
・
を退所
しましたので連絡いたします。

入所・退所年月日	令和 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号																					
	ふりがな																					
	氏名																	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	入所前住所	〒																電話番号 ()				
	退所後住所 * 1	〒																電話番号 ()				
	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入不要

保 険 者 名		保 険 者 番 号																		
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称																				
	所 在 地	〒																電話番号 ()			

決 裁	課長	補佐	係長	係員