

介護保険住所地特例対象施設入所(居)・退所(居)連絡票

年 月 日

睦沢町長 様

次の者が下記の施設 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													生年月日	大・昭	年	月	日
	フリガナ												性 別	男	・	女		
	氏 名																	
	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	〒																