

R元.5.1改訂

介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

中泊町長様

介護保険施設名

に入所
次の者が下記の施設
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 險 者	被保険者番号	
	フリガナ	
	氏名	
	入所前住所	〒
	入所中住所	〒
	退所後住所	〒
	退所理由 *1	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	〒