

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

中泊町長様

介護保険施設名

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	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	〒									