

様式第8号

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様

施設名

代表者名

に
 入所
 次の者が当施設 したので、連絡します。
 を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

住所地特例の有無 (いずれかに○)	1 該当 (住所地特例者が退所した場合も、該当を選択) 2 非該当
----------------------	--------------------------------------

被 保 険 者	番 号										
	フリガナ										
	氏 名	生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日									
	入所前住所	〒									
	退所後住所 (死亡退所の場合 は記載不要)	〒									
	退 所 理 由	1 他 の 介 護 保 険 施 設 入 所 特 養 老 健 介 護 療 養 型 名 称 2 その他 居 宅 入 院 入 院 先 名 称 3 死 亡									

保険者名		保険者番号							
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称										
	所 在 地	〒									
	電話番号						F A X				