

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

平成 年 月 日

杵藤地区広域市町村圏組合
介護保険事業所様

印

次の者が当施設 に入所 しましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	平成 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	〒									
	入所年月日 ※1	昭和・平成 年 月 日									
	退所後住所 ※2	〒									
退所理由	1 他の介護保険施設入所 (施設名：) 2 死亡 3 その他 (居宅・入院：)										

※1 入所連絡の場合は記載不要
※2 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	〒										