

介護保険住所地特例施設 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

次の者が当施設
に
入所
を退所
しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	年	月	日
----------	---	---	---

被 保 険 者	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	〒										
	入所年月日※ 1	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	〒									