

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

令和 年 月 日

長 様

次の者が下記の施設に 入所(居) ・ 退所(居) しましたので、連絡します。

入所(居)・退所(居) 年月日	令和 年 月 日
--------------------	----------

被 保 険 者	被保険者番号													
	フリカゝナ													
	氏 名		生年月日	明・大・昭	年	月	日							
			性 別	男	・	女								
	入所(居)前 住 所	〒												
	退所(居)後 住所 ※1	〒												
退所(居) 理 由	1 他の介護保険施設入所(居) 2 死亡 3 その他													

※1 死亡退所(居)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	〒										