

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

平成 年 月 日

新城市長 様

施設住所・施設名

次の者が下記の施設
 ・
 を退所
 に入所
 しましたので、連絡します。

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	〒									
	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	〒									