

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

八 頭 町 長 様

介護保険施設

印

次の方が下記の施設
 ・
 を退所
 に入所
 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		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	〒