

介護保険 住所地特例者施設入所・退所連絡票

市長

年 月 日

施設所在地  
施設名

次の者が下記の施設 に入所  
を退所 したので連絡します。

|          |       |
|----------|-------|
| 入所・退所年月日 | 年 月 日 |
|----------|-------|

|                  |        |   |   |   |   |   |   |      |    |     |   |    |
|------------------|--------|---|---|---|---|---|---|------|----|-----|---|----|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |   |   |   |   |   |   |      |    |     |   |    |
|                  | フリガナ   |   |   |   |   |   |   | 生年月日 | 明治 | 年   | 月 | 日  |
|                  | 被保険者氏名 |   |   |   |   |   |   |      | 大正 | ( ) | 歳 | 昭和 |
|                  | 入所前の住所 | 〒 | □ | □ | □ | □ | - | □    | □  | □   | □ |    |
|                  | 退所後の住所 | 〒 | □ | □ | □ | □ | - | □    | □  | □   | □ |    |
| 退所事由             |        |   |   |   |   |   |   |      |    |     |   |    |

|         |  |       |  |
|---------|--|-------|--|
| 保険者市町村名 |  | 保険者番号 |  |
|---------|--|-------|--|

|        |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |      |   |
|--------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|---|
| 施<br>設 | 名称  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |      |   |
|        | 所在地 | 〒 | □ | □ | □ | □ | - | □ | □ | □ | □ | 電話番号 | - |