

介護保険 他住所地特例者施設入所・退所連絡票

大津市長

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 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	被保険者氏名	生年月日									
	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 設	名称										
	所在地	〒	□	□	□	-	□	□	□	□	
		電話番号 - -									