

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							生年月日	明治	年	月	日
	被保険者氏名								大正	昭和	( )	歳
	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	-