

介護保険施設 入所・退所 連絡票
(住所地特例対象施設等入所・退所 連絡票)

令和 年 月 日

桑折町長

施設名
代表者名
電話番号

次の者が施設に（入所・退所）しましたので、連絡します。

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

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号																	
	氏名		生年月日	年 月 日																
			性別	男 ・ 女																
	入所前住所	〒																		
	退所後住所	〒																		
退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他																			

保険者名		保険者番号																		
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名称	
	電話番号	
	所在地	〒