

大里広城市町村圏組合管理者 宛

介護保険施設

介護保険住所地特例対象施設入所(居)・退所(居)連絡票

次の者が下記の施設
に入所・入居
・
を退所・退居
しましたので、連絡します。

入所(居)・退所(居) 年 月 日	年 月 日
----------------------	-------

被 保 険 者	被保険者番号												
	フリガナ												
	氏 名											生年月日	年 月 日
	入所(居)前住所	〒											
	退所(居)後住所 * 1	〒											
	退所(居)理由	1 他の介護保険施設入所(居)			2 死亡			3 その他					

* 1 死亡退所(居)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	〒										