

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

田 布 施 町 長 様

施設名

次の者が下記の施設 に入所 しましたので、連絡します。  
を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号														
	ふりがな												生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏 名												性 別	男 ・ 女	
	入所前住所	〒													
	退所後住所 ※1	〒													
	退所理由	1. 他の介護保険施設入所			2. 死亡			3. その他							

※死亡退所の場合は記載不要

保険者名	田布施町	保険者番号	3	5	3	4	3	3
------	------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称												
	電話番号												
	所 在 地	〒											

※以下は記入しないでください。

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 施設入退所入力
--------	----------------------------------