

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
--------	----------------------------------