

介護保険住所地特例施設 入所 ・ 退所 連絡票

令和 年 月 日

美郷町長 様

(介護保険施設名)

次の者が下記の施設
・
に入所
を退所
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	被保険者番号												
	フリガナ												
	氏 名											生年月日	明・大・昭 年 月 日
												性 別	男 ・ 女
	入所前住所	〒 ー											
	退所後住所 * 1	〒 ー											
退 所 理 由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他												

***1 死亡退所の場合は、記載不要**

保 險 者 名		保 險 者 名					
---------	--	---------	--	--	--	--	--

施 設	名 称	
	電 話 番 号	
	所 在 地	〒 ー