

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

太子町長 様

に入所

次の者が下記の施設 ・ しましたので、連絡します。

を退所

入所・退所年月日	
----------	--

被 保 者	被保険者番号											
	フリガナ											
	氏 名						生年月日	大・昭		年	月	日
							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					

*1 死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名		保険者番号					
---------	--	-------	--	--	--	--	--

施 設	名 称	印									
	電話番号										
	所 在 地	〒									