

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

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 平成 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	〒														
	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															
	電話番号															
	所 在 地															