

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

宿毛市長 様

次の者が当介護保険施設 に入所 しましたので、連絡します。
を退所

入所年月日	年 月 日	退所年月日	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用

保険者							保険者番号					
-----	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--

施 設	名称											
	電話番号											
	所在地											