

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

令和 年 月 日

周防大島町長 様

施 設 名
代表者名

次の者が下記の施設 に入所・入居
・ しましたので、連絡します。
を退所・退居

入所(居)・退所(居)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(居)前住所	〒									
	退所(居)後住所 ※	〒 ※ 死亡退所(居)の場合は記載不要。									
退所(居)理由	1. 他の住所地特例対象施設入所(居) 2. 死亡 3. その他 ()										

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

施 設	名 称										
	電話番号	- -									
	所在地	〒									