

# 介護保険住所地特例 施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

美幌町長 様

事業所名

代表者名

次の者が下記の施設 に入所 しましたので連絡します。  
を退所

入所・退所年月日	令和 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0														
	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	〒																