

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	〒											