

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

町 田 市 長 様

施 設 長

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	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											
	フリガナ		生 年 月 日										
	氏 名		明・大・昭 年 月 日										
	入所前住所	〒											
	退所後住所 *	〒											
退所理由	1. 他の介護保険施設入所 2. 死亡 3. その他												

* 死亡退所の場合は記載不要

保険者名		保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>								

施 設	名 称	
	電話番号	
	所在地	〒

