

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

上里町長 様

介護保険施設

次の者が下記の施設 に入所
・
を退所 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	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要

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

施 設	名称										
	電話番号										
	所在地	〒									