

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

鳴 沢 村 長 様

施設名  
施設長

印

次の者が当施設 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										
	フリガナ										
	氏 名		生年月日	明・大・昭・平	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		事業所番号										
	電話番号												
	所在地	〒											

※ 入・退所があった場合、当該入・退所に係る保険者及び施設所在市町村の両方にこの連絡票を用いて通知してください。