

介護保険（住所地特例）施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

(宛先) 栄村長

施設名

施設長

次の者が以下の介護保険施設 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						生年月日	明治・大正・昭和
	氏 名							年 月 日
							性 別	男 ・ 女
	入所前住所	(〒 -)						
	退所理由	1・他介護保険施設入所 2・自宅 3・入院 4・死亡 5・その他 ()						
	※退所後住所	(〒 -)						
	死亡退所者 の身元引受人	住 所	(〒 -)					
アパート名等						電話	()	
氏 名					被保険者と の関係			

※死亡退所の場合は記載不要

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

施 設	所 在 地										
	名 称										
	電 話 番 号										
	FAX 番 号										