

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

光市長 宛

施設名

代表者名

次の者が下記の施設
 に入所（入居）
 ・
 を退所（退居）
 しましたので、連絡します。

入所(居)・退所(居)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	年	月	日					
		性別	男 ・ 女								
	入所(居)前住所	〒									
	退所(居)後住所 ※	〒									
退所(居)理由	1 他の住所地特例対象施設入所(居)			2 死亡			3 その他				

※ 死亡退所(居)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	〒									