

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

境町長 殿

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	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	境 町	保 険 者 番 号	0	8	5	4	6	4
---------	-----	-----------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称										
	電話番号										
	所 在 地	〒									