

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

境町長 様

次の者が下記の施設 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<br>保<br>険<br>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<br>* 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<br><br>設 | 名 称   |   |
|            | 電話番号  |   |
|            | 所 在 地 | 〒 |