

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

名寄市長 様

施 設 名

代 表 者 名

印

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 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 の 場 合	入 所 前	〒									
		住 所	方書									
退 所 の 場 合	退 所 後	〒										
	住 所	方書										
	(死亡退所の 場合は記載 不要)											
退所理由		1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他 ()										

保 険 者 名	名寄市	保 険 者 番 号	0	1	2	2	1	1
---------	-----	-----------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称	いずれかに○印 (介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・その他施設)									
	所 在 地	〒									
		電話番号									