

# 介護保険施設 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

愛南町長 様

施設名

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

施 設	名 称										
	電話番号										
	所 在 地	〒									