

介護保険住所地特例施設 入所 ・ 退所 連絡票

年 月 日

竹原市長様

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	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		保険者番号	
---------	--	-------	--

施 設	名 称		
	電 話 番 号	() -	
	所 在 地	〒 -	