

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

新温泉町長 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	令和 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		保険者番号							
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名称									
	電話番号									
	所在地	〒								