

介護保険 住所地特例施設 入所（居） ・ 退所（居） 連絡票

年 月 日

美咲町長 様

住 所

代表者



次の者が下記の施設 に入所（居） ・ を退所（居） しましたので、連絡します。

入所（居）・退所（居）年月日	年 月 日
----------------	-------

被 保 者	被保険者番号																			
	個人番号																			
	フリガナ												生年月日	年 月 日						
	氏 名												性 別	男 ・ 女						
	入所（居） 前住所	〒																		
	退所（居） 後住所	〒																		
	退所（居） 理由	1.他の住所地特例施設入所（居）						2.死亡						3.その他						

保 険 者 名		保険者番号												
---------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	事業者番号																			
	名 称																			
	電話番号																			
	所在地	〒																		