

介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票

年 月 日

(宛先)山武市長

介護保険施設名称
代表者氏名

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	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	〒									