

介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

長万部町長 様

住 所
施 設 名
代表者名

印

次の方が下記の施設 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	〒								
	*1 退所後住所	〒								
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	〒								