

介護保険住所地特例施設 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	〒												