

介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票

年 月 日

我孫子市長 あて

所 在 地

名 称

印

次の者が下記の施設
に 入所
を 退所 しましたので連絡します。

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	
	フリガナ		明・大・昭 年 月 日	
	氏 名		性 別	
			男 ・ 女	
	入所前住所	〒		
	退所後住所 *1	〒		
退所理由	1 他の住所地特例対象施設入所 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	〒