

# 介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

三豊市長 宛

施設名

代表者

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	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	〒												
	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	〒								