

介護保険住所地特例施設 入所 ・ 退所 連絡票

年 月 日

勝 央 町 長 様

サ ー ビ ス 種 別

介護保険事業所番号

施 設 名 _____

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							
	フリガナ					生年 月日	明治 ・ 大正	
	氏 名						昭和 年 月 日	
	入 所 前住所	〒						
	退 所 後住所（※）	〒						
	退所理由 (いずれかに○)	①：他の施設へ入所 ②：死亡 ③：その他（ ）						

対 象 施 設 （ 入 が あ る 場 合 の み 記 入 ） ① に 記	名 称							
	事業所番号							
	電 話 番 号	() -						
	所 在 地	〒						

受付	入力