

介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票

年 月 日

松野町長 様

住 所
施 設 名
施設長名

に入所

次の者が下記の施設 ・ しましたので、連絡します。

を退所

入所・退所年月日	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						
			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								
------	--	--	--	--	--	--	--	--

施	名 称									
	電 話 番 号									
設	所 在 地	〒								