

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

(宛先) 白石市長

介護保険施設

住所

名称

電話

次の者が当施設 に入所
・ しましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号							
	フリガナ							
	氏 名	生年月日	年 月 日					
		性 別	男 ・ 女					
	入所前住所	〒 電話 ()						
	退所後住所 ※1	〒 電話 ()						
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、退所後住所は記載不要です。

(介護保険の保険者及び保険者番号)

保険者名	保険者番号
------	-------

(入所前及び退所後が介護保険施設の場合、記入してください。)

施 設	名 称					
	入所・退所 日	年 月 日				