

介護保険 住所地特例施設入所・退所連絡票

年 月 日

利根町長 殿

介護保険施設名

次の者が下記の施設 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	〒									
	退所後住所 *1	〒									
退 所 理 由	1 他の介護保険施設へ入所 () 2 医療機関入院 () 3 死亡 4 その他 ()										

*1 死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名	利根町	保険者番号	0	8	5	6	4	7
---------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

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