

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

松前町長 様

施設名 _____

次のとおり 入所 ・ 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										
	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 他の介護保険施設へ入所 2 死亡 3 その他 ()										

※1 死亡の場合は記載は不要です。

保険者名	
------	--

保険者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

施 設 名 等	施設名	
	所在地	〒
電話番号		