

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

鳩山町長 宛て

(施設名).....

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	
----------	--

被 保 険 者	被保険者番号					
	フリガナ					
	氏名				生年月日	
	入所(居)前住所	〒				
	退所(居)後住所 ※1	〒				
	退所(居)理由	1. 他の介護施設入所 2. 死亡 3. その他 ()				

※1 死亡退所の場合は記載不要

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

施 設	名称				
	電話番号				
	所在地	〒			