

介護保険住所地特例施設 入所（居）・退所（居） 連絡票

令和 年 月 日

下田市長 様

(施設名).....
に入所・入居
次の者が下記の施設 しましたので、連絡します。
を退所・退居

入所（居）・退所（居）年月日	令和 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（居） 前住所	〒													
	退所（居） 後住所 ※1	〒													
退所（居） 理由	1. 他の住所地特例対象施設入所（居） 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	〒													