

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

荒尾市長 様

(住 所)
(施設名称)
(代表者名)

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 | 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 他の住所地特例対象施設入所 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 | 〒 | | | | | | | | | |