

介護保険住所地特例施設等 入所・退所 連絡票

年 月 日

米 子 市 長 様

介護保険施設

次の者が下記の施設
 に入所
 ・
 を退所
 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											個人 番号※1											
	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	〒																					
※2																							
退所理由	1 他の介護保険施設入所							2 死亡							3 その他								

※1 住所地特例対象の方のみ記入してください。

※2 死亡退所の場合は記載不要です。

保険者名		保険者番号	
------	--	-------	--

施	名 称																					
	電話番号																					
設	所 在 地	〒																				