

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

矢巾町長 高橋 昌造 様

施設名
施設長

下記の者が（ 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										
	個人番号										
	フリガナ										
	氏 名	生年月日	大・昭	年	月	日					
		性 別	男	・	女						
	入所前住所	〒									
退所後住所 * 死亡の場合は 記載不要	〒										
退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他（ ）										

※矢巾町以外が保険者の場合は以下の記入もお願いします。

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