介護保険　住所地特例対象施設　入所(居)・退所(居)連絡票

年　　月　　日

市長　殿

施 設 名
代表者名　　印

次の者が下記の施設　に 入 所 ・ 入 居 / を 退 所 ・ 退 居　しましたので、連絡します。

入所(居)・退所(居)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
	入所(居)前住所	〒		
	退所(居)後住所 ※	〒		
	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		

※　死亡退所(居)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	〒