

# 介護保険施設 入所・退所 連絡票

受付印

年 月 日

岬町長宛

介護保険施設

次の者が、本施設  
 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
----------	-------

被保険者番号	0	0	0	0	0						
フリガナ											
氏名								生年月日			
								性別	男	・	女
入所前住所	〒										
退所後住所 ※1	〒										
退所理由	1 他の介護保険施設入所			2 死亡			3 その他				

※1 死亡退所の場合は記載不要

施設名	
事業者番号	
担当者氏名	
連絡先番号	

\* 町確認欄

受付	入力