

介護保険住所地特例対象施設 入所・退所 連絡票

受付印

平成 年 月 日

岬町長 宛

住所地特例対象施設

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	平成	年	月	日
----------	----	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	0										
	フリ															
	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

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

施 設	事業所番号											
	名称											
	電話番号											
	所在地											

* 町確認欄

受付	入力