

# 介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

いの町長 様

施設名

代表者

次の者が下記施設 に入所 いたしましたので、連絡します。  
を退所

入所・退所年月日      年    月    日

被 保 険 者	被保険者番号							
	フリガナ							
	氏 名		生年月日	T・S	年	月	日	
			性 別					
	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	いの町	保険者番号	3	9	3	8	6	8
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称							
	電話番号							
	所在地	〒						