

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

観音寺市長 宛て

施設名

代表者

次の者が下記の施設
に
入所
・
退所
しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	令和 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						
			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	名 称											
	電話番号											
	所 在 地	〒										

