

介護保険住所地特例施設 入所・退所連絡票

年 月 日

会津坂下町長

介護保険施設

次の者が下記の施設に  
 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	被保険者番号						
	フリガナ						
	氏 名	生年月日	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	〒					