

介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

総社市長 様

施設長

次の者が下記の施設 に入所
を退所 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	〒												
退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他													

保険者市長村名		保険者番号							
---------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称											
	電話番号											
	所 在 地	〒										