

介護保険(住所地特例)施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

小郡市長 様

(施設名) _____

次の者が下記の施設 に入所・入居
 を退所・退居 しましたので、連絡します。

入所(居)・退所(居)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	明・大・昭	年	月	日
												性 別	男	・	女	
	入所(居)前住所	〒														
	退所(居)後住所	〒														
*1 退所(居)理由	1 他の住所地特例対象施設入所(居) 2 死亡 3 その他															

*1 死亡退所(居)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	〒													