

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

小豆島町長 様

(住所地特例対象施設)

次の者が下記の施設 に入所
・ しましたので、連絡します。
を退所

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	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	〒											