

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

佐伯市長 様

介護保険施設

に
次入
の者所
がが記
下設
記の設
施施
を設
退所
した
たの
ので、
連
絡し
ます。

入所・退所 年月日	年 月 日
-----------	-------

被 保 險 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 死亡の場合は記載不要

保 険 者 名		保 険 者 番 号															
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	事業所番号																	
	名 称																	
	電 話 番 号																	
	所 在 地																	