

介護保険住所地特例 入所・退所 連絡票

年 月 日

佐伯市長 様

介護保険施設

に入所

次の者が下記の施設

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	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												