

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

北茨城市長 様

介護保険施設

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	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号												
	フリガナ												
	氏 名	生年月日	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	〒										